

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.N.M
KHUSUNYA PADA Ny.N.M DIWILAYAH KERJA
PUSKESMAS SEKBAN KABUPATEN FAKFAK
PROVINSI PAPUA BARAT**



OLEH:

**BALDA TURAHMANIDAR RUMASUKUN
NIM : 81447219007**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDRAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
SORONG PRODI D-III KEPERAWATAN
FAKFAK TAHUN 2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.N.M KHSUSNYA
PADA NyN.M DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DIWILAYAH
KERJA PUSKESMAS SEKBAN KABUPATEN FAKFAK
PROVINSI PAPUA BARAT**

Telah disetujui untuk dipertahankan didepan Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah
Untuk Memenuhi Persyaratan Menyelesaikan
Program Diploma III Keperawatan

Menyetujui Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Yehud Maryen, SKM, MPH
NIP.196407241989031015

Yosina Atanai, S.Kep, Ns, MM.M.Tr.Kep
NIP. 196401291986032010

Mengetahui :
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak

Yehud Maryen, SKM, MPH
NIP.196407241989031015

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini Menyatakan Bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.N.M KHUSUNYA
PADA Ny.N.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON
HEMORAGIK DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS SEKBAN
KABUPATEN FAKFAK PROVINSI PAPUA BARAT**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

**BALDA TURAHMANIDAR RUMASUKUN
NIM : 81447219007**

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal
dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima

Penguji

Tanda Tangan

- | | |
|--|---------|
| 1. <u>Bachrudin Rohrohmana,S.Kep.M.pd.ked</u>
NIP: 197607211999031010 | (.....) |
| 2. <u>Yehud Maryen,SKM,MPH.</u>
NIP. 196407241989031015 | (.....) |
| 3. <u>YosinaAtanai,S.Kep,Ns,MM.M.Tr.Kep</u>
Nip. 196401291986032010 | (.....) |

Mengetahui

Direktur

Ketua Prodi D-III KeperawatanFakfak

Ariani Pongoh. S.ST,M.Kes.
NIP. 19660101 198503 2 005

Yehud Maryen,SKM,MPH.
NIP. 196407241989031015

RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

Nama : Balda Turahmanidar Rumasukun
Nim : 81447219007
Tempat/tanggal lahir : Kwamor 16 April 2001
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Maluku/Indonesia
Anak Ke : Pertama
Alamat : Jln. Letda Dirwan Wagom
Status : Belum menikah

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD NEGERI SERAM TIMUR TAHUN (2008-2013)
2. SMP NEGERI 6 SERAM TIMUR TAHUN (2013-2016)
3. MADRASAH ALIYAH NEGERI FAKFAK TAHUN (2016-2019)
4. PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN FAKFAK (2019-2022)

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO:

“ Allah tidak akan merubah hambanya, kecuali hambanya ingin merubah dirinya sendiri ”

PERSEMBAHAN

Allahmdulillah puji kepada mu ya allah berkat rahmat dan karunia-Mu Ya Allah, saya bisa mengerjakan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah. Karya Tulis Ilmiah Ini Kupersembahkan Kepada:

1. Kedua orang tua terimakasih sudah mejadi support system terbaik dan atas cinta, kasih sayang telah kalian berikan kepada saya, dan yang selalu ada yang selalu mendoakan,selalu memberikan, dukungan, semangat,sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah,terimakasih,sudah menjadi orang terhebat yang saya miliki.
2. untuk (Alm Ayah saya Moh Roem Rumalen) terimakasih atas cinta kasih sayang dan pengorbanan yang telah kau beri,mohon maaf selama sakit saya tidak bisa merawat saat ayah sedang berbaring. Terimakasih atas semuanya
3. Dosen pembimbing I bapak Yehud Maryen SKM.MPH dan dosen bimbingan II Ibu Yosina Atanai S. Kep. Ns, MM, M. Tr. Kep yang telah memberikan bimbingan,masukan dan saran dalam menyusun Karya Tulia Ilmiah
4. Untuk Almamater saya Poltekes Kemenkes Sorong Prodi D-III Keperawatan Fakfak ,para dosen dan staf Prodi D-III keperawatan Fakfak terimakasih su yang telah banyak memberikan semangat,motivasi,masukan dan nasehat yang sangat berharga selama 3 tahun ini.terimakasih banyak

5. Kepada dosen favorit saya bapak ketut Wahyudi dan ibu Tri Juniarti,Meriam C. Hukubun terimakasih telah sudah memberikan kami bimbingan,selalu memberikan semangat, meberikan motivasi, terimakasih sudah menjadi yang terbaik untuk kami.
6. Untuk adik-adikku Ehe Nazhira,Fadli,Rifai,Nepal,terimakasih telah sudah memberikan semangat dan mengganggu saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Saya tidak percaya pada pahlawan super, tetapi sepertinya mereka memang ada,karena kemampuan kalian yang luar biasa untuk berada di sisi saya setiap kali saya membutuhkan terimakasih sudah begitu baik dan simpatik kepada saya untuk bestie saya: Risma karim, Natasya Rustam,soteria Engkesa, Rahma SLaAbu,SalmaBoinauw, Sukria F Rumuar,Yani Rumaday, Harnita,Aiy,husnia dan askia sekali lagi terimakasih.
8. Kepada teman-teman seangkatan (A8), teman SMP,teman SMA dan teman-teman yang lain yang telah memberikan masukan,dukungan,dan arahan hingga akhirnya saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. *For my partner yang tidak disebutkan namanya thank you for the support, kindness, attention. Thank you for being a support system*
10. Terimakasih untuk warga korea selatan terkhususnya BTS: Kim Namjoon, Kim Soek Jin, Min Yoon Gi, Jung Ho seok, Park Ji Min, Kim Tae Hyung, Joen Jungkook.sudah menjadi penghibur dan penyemangat dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.

KATA PENGANTAR

Assalmualikuum Wr,Wb

Alhamdulillah puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan nikmat karunia hidayah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul” Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Tn.N.M Khususnya Pada Ny.N.M dengan diagnose Medis Stroke Non Hemoragik Di Puskesmas Sekban Kabupaten Fakfak.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini tidak begitu sempurna,oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan masukan yang bersifat membangun agar dapat menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis menyampaikan permohonan maaf yang sebesar-besarnya bila mana terdapat kesalahan kata atau kalimat dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah in.

Akhir kata, Wabillahitaufiq walhidayah wassalamu’alaikum Warahmatulahi Wabarrakatu. Karya tulis ilmiah ini banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada:

1. Ibu Ariyani Pongoh, S.Sit,M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Sorong yang telah memberikan kesempatan dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini dengan menyusun tugas akhir Karya Tulis Ilmiah
2. Bapak Abdul Manaf Batigin, AMK sebagai kepala Puskesmas Sekban Kabupaten Fakfak yang telah memberikan izin untuk lahan praktek dalam mengambil kasus untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

3. Bapak Yehud Maryen SKM.MPH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini dengan menyusun tugas akhir Karya Tulis Ilmiah
4. Bapak Bachrudin Rohrohmana,S.Kep.M.pd.ked selaku penguji terimakasih sudah meluangkan waktu untuk menguji dan membimbing dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah
5. Bapak Yehud Maryen SKM.MPH sebagai pembimbingan I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta masukan kepada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.
6. Ibu Yosina Atanai S. Kep. Ns, MM, M. Tr. Kep yang telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan,masukan dan saran dalam menyusun Karya Tulia Ilmiah.
7. Bapak Ibu dosen dan Staf Prodi D-III Keperawatan Fakfak yang telah memberikan ilmu serta masukan dan saran kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Imiah ini.
8. Tn.N.M serta keluarga yang telah membantu dan kooperatif selama melakukan Tindakan Asuhan Keperawatan

Fakfak 04 Juli 2022

Balda Turahmanidar Rumasukun

DAFTAR ISI

HALAMA JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	2
C. Tujuan Penulisan.....	2
D. Manfaat Penulisan.....	3
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUN KASUS	7
A. Konsep Dasar Medik Stroke Non Hemoragik	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	14
C. Konsep Dasar Keluarga	25
D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga	35

BAB III TINJAUAN KASUS.....	46
A. Pengkajian.....	46
B. Klasifikasi Data.....	60
C. Analisa Data.....	61
D. Prioritas Masalah.....	62
E. Intervensi.....	64
F. Implementasi.....	74
G. Evaluasi.....	74
BAB IV PEMBAHASAN.....	81
A. Pengkajian.....	81
B. Diagnosa Keperawatan.....	82
C. Intervensi Implementasi dan Evaluasi.....	83
BAB V PENUTUPAN.....	85
A. Simpulan.....	87
B. Saran.....	88
DAFTAR PUSTAKA	

TABEL GAMBAR

Tabel 3.1 Genogram.....	46
Tabel 3.2 Denah Rumah	50

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 intervensi	22
Tabel 2.2 Skoring Masalah Keperawatan	40
Tabel 3.1 Komposisi Keluarga.....	46
Tabel 3.2 klasifikasi Data	60
Tabel 3.3 Analisa Data.....	61
Tabel 3.4 Scoring Gangguan Mobilitas Fisik	62
Tabel 3.5 Scoring Kurang pengetahuan keluarga	63
Tabel 3.6 Tabel Ncp Keluarga	65
Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi	75

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) stroke merupakan gejala yang didefinisikan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih ((Permatasari, 2022)

Menurut (Ngebung, 2019) Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai.

Menurut WHO tahun 2014, jumlah penderita stroke per individu berdasarkan usia dan jenis kelamin yaitu, perempuan berusia 18- 39 sebanyak 2,3% dan usia 40-69 sebanyak 3,3%. Sedangkan laki-laki yang usianya 18-39 diperkirakan sebanyak 2,4% dan usia 40-69 diperkirakan sebanyak 2,9%. (Ditte , Nelli , & Aprilia, 2021)

Prevalensi stroke berdasarkan riset kesehatan dasar (riskesdas, 2018), diketahui prevalensi penduduk Indonesia yang didiagnosis stroke dibandingkan dengan tahun 2013 7 persen. Daerah istimewa Yogyakarta menempati posisi ke dua sebanyak (14,5%) dari hasil penelitian, didapatkan 21,6% penyebab pertama kematian yaitu penyakit pembuluh darah pada otak. Angka kejadian stroke non hemoragik yang ada di RSUD Nyi Ageng Serang terdapat 9 kasus dibulan Maret 2021.

Menurut (Risaumau, 2019), penyakit (Katakstrofik) pemegang rekor di papua barat dengan jumlah kasus stroke pada Tahun 2019 sebanyak 5.180 kasus.

2021 Berdasarkan data dinas kesehatan kabupaten Fakfak tahun, bulan Januari sampai dengan bulan Desember menjelaskan bahwa jumlah penderita stroke sebanyak 2 orang. (Kesehatan, 2021)

Kejadian stroke di Puskesmas Sekban (wilayah kerja) pada tahun 2021 dari jumlah pasien yang telah dirawat tercatat sekitar 39 penderita stroke (Sekban, 2021)

B. Perumusan Masalah

Sebagaimana yang telah diuraikan pada latar belakang, maka rumusan masalah pada penulisan ini adalah bagaimana penerapns asuhan keperawatan pada Ny.N.Mdengan Non hemoragoik di wiliayah kerja Puskesmas Sekban?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulis menulis karya tulis ilmiah ini adalah dapat memberikan gambaran tentang penerapan Asuhan Keperawatan pada Kien Ny.N.M dengan Stroke Non hemoragik di Puskesmas Sekban

2. Tujuan Khusus

Setelah penulis mendapat gambaran dan pengetahuan Asuhan Keperawatan dengan kasus Stroke,diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian dan mengumpulkan data baik secara Anamnese (wawancara) atau pemeriksaan fisik dan penunjang yang dibutuhkan untuk menilai kadaan pada klien Ny.N.M dengan kasus Stroke
- b. Merusmuskan diagnosa keperawatan pada Ny.N.M dengan kasus Stroke di Puskesmas Sekban
- c. Merencanakan tindakan/intervensi keperawatan pada klien Ny.N.M dengan kasus Stroke di Puskesmas Sekban
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny.N.M dengan kasus Stroke di Puskesmas Sekban
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.N.M dengan kasus Stroke di Puskesmas Sekban

D. Manfaat Penulisan

Hasil Karya Tulis Ilmiah Pendidiksn bermanfaat bagi ;

1. Peneliti

Meningkatkan peengetahuan penulis dalam menangani klien dengan stroke, sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III (D-III) Keperawatan

2. Lahan Praktek

Sebagai referensi dan panduan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Stroke non hemoragik

3. Perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah dapat memberikan masukan bagi perkembangan profesi keperawatan pada klien dengan Kasus Stroke non hemoragik

E. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas dalam penulisan ini, maka penulis menyusunnya dalam beberapa Bab.

1. BAB I Pendahuluan

Berisi tentang:

- a. Latar Belakang
- b. Rumusan Masalah
- c. Tujuan Penulisan
- d. Manfaat Penulisan
- e. Sistematika Penulisan

2. BAB II Tinjauan Pustaka

Berisi Tentang:

- a. Konsep Dasar Medik Stroke Non Hemoragik
- b. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Dengan Penyakit Stroke Non Hemoragik

3. BAB III Tinjauan Kasus

Berisi Tentang:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa Keperawatan

- c. Intervensi
- d. Implementasi
- e. Evaluasi

4. BAB IV Pembahasan

Berisi Tentang:

- a. Masalah atau kesenjangan yang ditemukan antara konsep teori dan kasus yang nyata dari pengkajian sampai evaluasi

5. BAB V Penutup

Berisi tentang:

- a. Kesimpulan
- b. Saran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik Stroke Non Hemoragik

1. Definisi

Stroke merupakan gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak berupa tanda-tanda klinis baik lokal nmaupaun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian yang disebabkan gangguan perdarahan darah ke otak, antara lain peredaran darah sub arachnoid, peredaran intra serebral dan infrak serebral (NINGRUM, 2020)

2. Etiologi

Penyebab stroke yaitu menurut (Fadli, 2019)

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor utama penyebab terjadinya stroke. Tekanan darah yang melebihi batas normal dapat mempercepat pengerasan pembuluh darah arteri dan menyebabkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis.

b. Trombosit serebralTrombasit ditemukan pada 40% dari semua kasus yang telah dibuktikan oleh ahli patologi, biasanya ada kaitana dengam kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis

c. Emboli serebi

Emboli serebi termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebi berasal dari suatu trhombus dalam

jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung

d. Hiperlipedemia

Hiperlipedemia merupakan suatu terjadi keadaan terjadinya peningkatan kolesterol dan trigliserida diatas batas normal. Peningkatan kolesterol serum yang terjadi, terutama mencerminkan penungkatan kolesterol low density lipoprotein (LDL). LDL merupakan lipoprotein yang memiliki kandungan kolesterol tertinggi dibandingkan lipoprotein yang lain. kolesterol berlebihan dalam darah dapat membentuk plak pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan penyempitan lumen yang dinamakan aterosklerosis.

3. Patofisiologi

Infrak serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infrak bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/cenderung Sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, di mana aliran dapat lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh

pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infrak itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus yang menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau rupture. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh rupture arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebral menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial menyebabkan herniasi otak. Jika sirkulasi serebral terlambat, dapat berkembang anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka 4-6 menit. perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Sarani, 2021)

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Smeltzer , Bare, dalam, & ngebung, 2019) stroke menyebabkan berbagai *deficit neurologic*, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejala tersebut antara lain: a.Umunya terjadi mendadak, ada nyeri kepala. b.Mulut tidak simetris, lidah mencong jika diluruskan. c.Kehilangan komunikasi. d.Gangguan persepsi.e.Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis f.Disfungsi kandung kemih

5. Pemeriksaan penunjang

Menurut (FAUZAN, 2021)

Pemeriksaan pada pasien stroke non hemarogik antara lain:

- a. Angiografi serebral ; Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti pendarahan
- b. *Single photon emission computed tomography* (SPECT) ; Untuk mendeteksi luas dan abnormal dari otak yang juga mendeteksi, melokalisasi dan mengukur stroke (sebelum Nampak oleh pemindaian CT Scan).
- c. CT Scan ; Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema posisi hematoma adanya jaringan otak yang infrak atau iskemik dan posisinya secara pasti.

- d. *Magnetic imaging resonanc* ; Menggunakan gelombang magnetic untuk menentukan posisi dan besarnya terjadi pendarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi yang infrak akibat dari hemarogik.
- e. EEG ; Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infrak sehingga menurunnya inplus jaringan otak
- f. Sinar X tengkorak ; Menggambarkan perubahan kelenjar *lempeng*, pineal daerah yang berlawan dari masa luas, klasifikasi karotis interna yang terdapat pada trobus serebra. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid

6. Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto, dalam, & SULISTIYAWATI, 2020) penatalaksanaan pada pasien non hemoragik adalah sebagai berikut:

- a. Penatalaksanaan umum
 - 1) Pada fase akut ; a).Letakan kepala pasien pada posisi 30, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
 - b).Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai dapat hasil gas analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
 - c).Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh,dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten). d).Pemberian nutrisi dengan cairan

isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia.e).Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyakit reseptor alfabeta, pnyekat ACE, atau antagonis kalsium.

- 2) Fase Rehabilitas ; a).Pertahankan nutrisi yang adekuat. b).Program manajemen *Bladder* dan *bowel*. c).Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM). d).Pertahankan integritas kulit. e).Pertahankan komunikasi yang efektif.f).Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

b. Penetalaksanaan medis

1) Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasidn stroke non hemarogik yaitu:

- a) Fibrinolitik/trombolitik ; Golongan obat ini diguanakn sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut.
- b) Antikoagulan ; Terapi ini digunakan untuk untuk mengurangi pembekuan darah dan mengurangi emboli.
- c) Antiplatelet ; Golongan obat digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.. Antihipertensi.

7. Komplikasi

Berikut ini beberapa dampak stroke (Dharma,2018)

- a. Kelumpuhan atau kelemahan ekstremitas (hemiplegia/hemiparese) ; Kelumpuhan terjadi pada bagian ekstremitas. Kelemahan sebagian ekstremitas terjadi karena kerusakan area motoric korteks serebral yang mempersarafi ekstremitas. Kerusakan pada otak kiri menyebabkan kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan.
- b. Kehilangan rasa separuh badan ; Serangan stroke dapat menyebabkan kehilangan rasa pada sebagian anggota badan.
- c. Gangguan penglihatan ; Stroke dapat menyebabkan gangguan penglihatan seperti gangguan penglihatan pandang, dimana pasien tidak dapat melihat separuh dari pandangnya. Jika pasien mengalami kelemahan ekstremitas sebelah kiri, biasanya juga mengalami penuruana lapang pandang sebelah kiri.
- d. Aphasia dan disatria ; Serangan stroke menyebabkan pasien mengalami kesulitan berbicara cadel, tetapi masih bisa memahami apa yang dibicarakan orang lain. Namun ada juga pasien yang mengalami kesulitan berbicara sekaligus kesulitan memahami apa yang dibicarakan orang lain
- e. Kesulitan menelan (dysphagia) ; Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf yang mengendalikan gerakan otot menelan. Pasien dengan gangguan menelan dapat mengalami aspirasi akibat masuknya makanan atau minuman ke saluran pernafasan.

- f. Berkurangnya kemampuan kognitif ;Serangan stroke dapat menyebabkan pasien untuk memfokuskan sesuatu. Terkadang pasien juga mengalami penurunan memori.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Identitas klien ; Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan,alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam, diagnosa medis.
- b. Keluhan utama ; Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan,bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.
- c. Riwayat penyakit sekarang ;Serangan stroke sering kali terjadi berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas.biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.
- d. Riwayat penyakit dahulu ; Ada riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia riwayat trauma kepala, kontrsepsi oral yang lama,penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin,obat adiktif.
- e. Riwayat penyakit keluarga ; Biasanya ada keluarga yang menderita penyakit hipertensi dan diabetes militus.
- f. Pengkajian psikospiritual ; Pengkajian psikologis psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang mungkin perawat untuk

memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga maupun masyarakat.

g. Pemeriksaan fisik

- 1) Kesadaran ; Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15
- 2) Tanda-tanda Vital ; a).Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan systole > 140 dan diastole >. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan.perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama. b).Nadi ; Nadi biasanya normal 60-100 x/menit c).Pernafasan ; Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan nafas. d).Suhu ;Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan

stroke non hemoragik. d). Rambut ; Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik

3) Wajah

Biasanya wajah simetris, wajah pucat, pada pemeriksaan

- a) Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi asupan dan pasien koma, ketika diusap dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. b). Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

- 4) Mata ; konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema.

Pemeriksaan Nervus :

- a) Nervus II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6.
- b) Nervus III (okulomotorius) : reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata.
- c) Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah.
- d) Nervus VI (abduksen) : biasanya hasil yang di dapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

5) Hidung

Simetris kiri dan kanan, tidak terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung.

- a) Nervus I (olfaktorius): ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda
- b) Nervus VIII (vetibulokoklearis): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan – hidung.

6) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering.

- a) Nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- b) Nervus IX (glossofaringeus) : biasanya lidah yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit.
- c) Nervus XII (hipoglosus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

7) Telinga ; Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan :

- a) Nervus VIII (vestibulokoklearis) : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.
- 8) Leher ; Pemeriksaan Nervus
- Nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).
- 9) Paru-paru ; **Inspeksi** : biasanya simetris kiri dan kanan ; **Palpasi** : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan ; **Auskultasi** : biasanya suara normal vesikuler
- 10) Jantung ; **Inspeksi**: biasanya iktus kordis tidak terlihat ; **Palpasi** : biasanya iktus kordis teraba ; **Auskultasi** : biasanya suara vesikuler
- 11) Abdomen ; **Inspeksi** : biasanya simetris, tidak ada asites ; **Palpasi**: biasanya tidak ada pembesaran hepar ; **Perkus** : biasanya terdapat suara tympani ; **Auskultasi** : biasanya bising usus pasien tidak terdengar
- 12) Ekstremitas
- a) Atas ; Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra. Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien

stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat.

- b) Bawah ; Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi ((bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+).

13) Aktivitas dan istirahat

- a) Gejala : merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).
- b) Tanda : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadikelemahan umum, gangguan pengelihatan, gangguan tingkat kesadaran.

14) Sirkulasi

- a) Gejala : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.
- b) Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

15) Integritas ego

- a) Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa

- b) Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

16) Eleminasi

- a) Gejala : terjadi perubahan pola berkemih
- b) Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif

17) Makanan atau cairan

- a) Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah
- b) Tanda : kesulitan menelan dan obesitas

18) Neurosensori

- a) Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, penglihatan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.
- b) Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kongnitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

19) Kenyamanan atau Nyeri

- a) Gejala: sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

b) Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

20) Pernapasan

a) Gejala : merokok

b) Tanda : ketidakmampuan menelan atau batuk , hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi

21) Keamanan

Tanda : masalah dengan pengelihatan, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

2. Diagnose keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, yaitu : (PPNI, 2019)

- a. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
- b. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
- c. Risiko gangguan nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan

3. Intervensi

Tabel 2.1. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
I	Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan kekuatan otot	<p>Tujuan (NOC): Klien diminta menunjukkan tingkat mobilitas, ditandai dengan indikator berikut (sebutkan nilainya 1 – 5) : ketergantungan (tidak berpartisipasi) membutuhkan bantuan orang lain atau alat membutuhkan bantuan orang lain, mandiri dengan pertolongan alat bantu atau mandiri penuh).</p> <p>Kriteria Evaluasi : a</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan penggunaan alat bantu secara benar dengan pengawasan. 2. Meminta bantuan untuk beraktivitas mobilisasi jika diperlukan. 3. Menyangga BAB Menggunakan kursi roda secara efektif. 4. Meminta bantuan untuk beraktivitas mobilisasi jika diperlukan. 5. Menyangga BAB 	<p>Intevensi (NIC) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi aktivitas, ambulasi 2. Terapi aktivitas, mobilitas sendi. 3. Perubahan posisi Aktivitas Keperawatan : <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan klien tentang dan pantau penggunaan alat b. Bantu mobilitas. c. Ajarkan dan bantu klien dalam proses perpindahan. d. Berikan penguatan positif selama beraktivitas. e. Dukung teknik latihan ROM 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan klien tentang dan pantau penggunaan alat bantu mobilitas klien lebih mudah. 2. Membantu klien dalam proses perpindahan akan membantu klien latihan dengan cara tersebut. 3. Pemberian penguatan positif selama aktivitas akan membantu klien semangat dalam latihan. 4. Mempercepat klien dalam mobilisasi dan mengkendorkan otot-otot Mengetahui perkembangan mobilisasi klien sesudah latihan ROM

Menggunakan kursi roda secara efektif.				
II	Kurang pengetahuan dengan keterbatasan kognitif interpretasi terhadap informasi yang salah kurangnya keinginan untuk mencari informasi tentang penyakit stroke	<p>NOC:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama pasien menunjukkan pengetahuan tentang proses penyakit dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya 	<p>NIC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga. 2. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 3. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien dan keluarga 2. agar pasien mengetahui kondisi yang dialaminya 3. agar keluarga mengetahui keadaan pasien kedepannya
II	Risiko gangguan nutrisi berhubungandengan kelemahan otot mengunyah dan menelan	<p>Tujuan (NOC) :</p> <p>Tidak terjadi gangguan pemenuhan nutrisi Kriteria evaluasi:</p> <p>Intevensi(NIC):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan gangguan makanan 2. Pengelulaan nutrisi 	<p>Intervensi (NIC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan gangguan makanan 2. Pengelulaan nutrisi 3. Bantuan menaikkan BB <p>Aktivitas keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan makan 2. Ketahui makanan kesukaan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi klien mempengaruhi dalam perubahan nutrisi 2. Makanan kesukaan klien untuk mempermudah pemberian nutrisi 3. Merujuk kedokter untuk mengetahui perubahan klien serta untuk proses penyembuhan 4. Membantu makan untuk mengetahui perubahan nutrisi serta untuk pengkajian.

klien

3. Rujuk kedokter untuk menentukan penyebab perubahan nutrisi
 4. Bantu makan sesuai dengan kebutuhan klien
-

4. Implementasi

Implementasi Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan bertujuan untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

A. Konsep keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Zakaria, 2017).

2. Karakteristik keluarga

Menurut (APD Salvira 2013: Sarifat 2019), karakteristik keluarga adalah sebagai berikut : a.Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh darah, perkawinan atau adopsi. b.Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka memperhatikan satu sama lain.c.Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran social: suami, istri, anak, kakak, dan adik.d.Mempunyai tujuan yaitu: menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan social.

3. Tipe keluarga

Menurut (Nadirawati, 2018)pembagian tipe keluarga adalah :

a. Keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti (Nuclear family) ; keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak baik dari sebab biologis maupun adopsi yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 2) Keluarga Besar (The Extended Family) ; keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, contohnya seperti nuclear family disertai paman, tante, kakek dan nenek.
- 3) Keluarga Orang Tua Tunggal (The Single-Parent Family) ; keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak.
- 4) Kin-Network Family ; beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama

- 5) Keluarga Campuran (Blended Family) ; yaitu duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.
- 6) Dewasa Lajang yang Tinggal Sendiri (The Single Adult Living Alone), ; keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri

b. Keluarga Non-tradisional

- 1) The Unmarried Teenage Mother ; keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- 2) The Step Parent Family yaitu keluarga dengan orang tua tiri.
- 3) Commune Family yaitu beberapa keluarga (dengan anak) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah.
- 4) Gay and Lesbian Families ; yaitu seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana 'marital partners'.
- 5) Cohabiting Family ; orang dewasa yang tinggal bersama diluar hubungan perkawinan melainkan dengan alasan tertentu.

4. Struktur keluarga

Menurut , (APD Salvira , dalam , & sarifat, 2019) struktur keluarga sebagai berikut:

- a. Patrilineal ; Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

- b. Atrilinel ; Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. Matrilokal ; Adalah sepasang suami istri, yang tinggal bersama keluarga saudara istri.
- d. Patriolokal ; Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga saudara suami.
- e. Keluarga kawinan ; Adalah hubungan suami istri sebagai dasar sebagai pembinaan keluarga dalam beberapa anak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

5. Peran keluarga

Menurut (APD salvira, dalam, & sarifat, 2018) Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam psosisi dan situasi tertentu.

- a. Peran ayah ; Ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya berperan dari pencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman sebagai kepala keluarga, anggota dari kelompok sosial serta dari anggota masyarakat dari lingkungnya.
- b. Peran ibu ; Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai oeran mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari

lingkungnya, disamping itu ibu juga dapat berperan sbagai pencari nafka tambahan keluarga.

- c. Peran anak ; Anak-anaknya melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual.

6. Fungsi keluarga

Menurut) (Achjar , dalam, & hesty, 2019) fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi Afektif ; Keluarga yang saling menyayangi dan peduli terhadap anggota keluarga yang sakit akan mempercepat proses penyembuhan. tahaKarena adanya partisipasi dari anggota keluarga dalam merawat anggota yang sakit.
- b. Fungsi sosialisasi dan Tempat sosialisasi ; Fungsi keluarga mengembangkan dan melatih untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain. Tidak ada batasan dalam bersosialisasi bagi penderita dengan lingkungan akan mempengaruhi kesembuhan penderita asalkan penderita tetap memperhatikan kondisinya. Sosialisasi sangat diperlukan karena dengan mengurangi stres bagi penderita.
- c. Fungsi Reproduksi ; Keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga dan juga tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara universal, diantaranya seks yang sehat dan berkualitas pendidikan seks pada anak penting.

- d. Fungsi Ekonomi ; Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti kebutuhan makan, pakaian dan tempat berlindung (rumah) dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan ; Berfungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini di kembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

7. Tahap-Tahap perkembangan keluarga dan Tugas Perkembangan keluarga.

Menurut (Frediman 1998, dalam, & hestry, 2019) tahap perkembangan keluarga berdasarkan siklus kehidupan terbagi atas 8 tahap:

- a. Tahap I Keluarga Baru (Beginning Family) ; Yaitu perkawinan dari sepasang insan yang menandakan bermulanya keluarga baru. Keluarga pada tahap ini mempunyai tugas perkembangan yaitu membina hubungan dan kepuasan bersama, menetapkan tujuan bersama, membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial dan merencanakan anak atau KB.
- b. tahap II Keluarga Sedang Mengasuh Anak (child Bearing Family) ; yaitu dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berusia 30 bulan. Mempunyai tugas perkembangan seperti persiapan bayi, membagi peran dan tanggung jawab, adaptasi pola hubungan seksual, pengetahuan tentang kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua.

- c) Tahap III Keluarga Dengan Usia Anak Pra-Skolah ; Yaitu keluarga dengan anak pertama yang berumur 30 bulan sampai dengan 6 tahun. Mempunyai tugas perkembangan, yaitu membagi waktu, pengaturan keuangan, merencanakan kelahiran yang berikutnya dan membagi tanggung jawab dengan anggota keluarga yang lain.
- d) Tahap IV Keluarga dengan Anak Usia Sekolah ; Yaitu dengan anak berusia 13 tahun. Adapun tugas perkembangan keluarga ini, yaitu menyediakan aktivitas untuk anak, pengaturan keuangan dan sistem komunikasi keluarga.
- e) Tahap V Keluarga Dengan Anak Remaja ; Yaitu dengan anak berusia 13 tahun sampai dengan 20 tahun. Tugas perkembangan keluarga ini adalah menyediakan fasilitas kebutuhan keluarga yang berbeda, menyertakan keluarga dalam bertanggung jawab dan mempertahankan filosofi hidup.
- g. Tahap VI Keluarga dengan Anak Dewasa ; Yaitu keluarga dengan anak pertama, meninggalkan rumah dengan tugas perkembangan keluarga, yaitu menata kembali sumber dan fasilitas, penataan yang tanggung jawab antar anak, mempertahankan komunikasi terbuka, melepaskan anak dan mendapatkan menantu.
- h. Tahap VIII Keluarga Usia Lanjut ; Yaitu tahap akhir siklus kehidupan keluarga dimulai dari salah satu pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal dunia. Adapun tugas perkembangan keluarga ini yaitu menghadapi

pensiun, saling rawat, memberi arti hidup, memperthankan kontak dengan cucu dan masyarakat.

8. Ciri-ciri Keluarga

- a. Teroganisir adalah: saling berhubungan, saling ketrgantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan adalah: setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugas masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan adalah: setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsi masing-masing (APD Salvari, 2013, dalam, & hesty, 2019)

9. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemerliiharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan.

Ada 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan. (Fridman 2010 , dalam, & Achjar, 2018)

- a. Megenal masalah kesehatan setiap anggotanya perubahan sekecil apapun yang di alami anggota keluarganya secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawan keluarganya, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu sefera dicataa kapan terjadi, perubahan apa yang terjadi dan seberapa perubahannya.
- b. Megenal masalah kesehatan setiap anggotanya perubahan sekecil apapun yang di alami anggota keluarganya secara tidak langsung

menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarganya, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadi, perubahan apa yang terjadi dan seberapa perubahannya.

- c. Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu mudah. Perawat ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga mempunyai kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi
- d. Memodifikasi lingkungan keluarga seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga seperti pentingnya yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak pada kesehatan keluarga.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik dipersiapkan keluarga

10. Pemegang Kekuasaan Keluarga

- a. Patriarkal ; Yaitu yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ayah.

- b. Martikal ; Yaitu yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ibu.
- c. Equaltaliar ; Yaitu yang memegang kekuasaan dalam keluarga adalah ayah dan ibu (APD Salvari, 2013: Hesty 2019)

11. Dimensi Dasar Struktur Keluarga

Menurut APD Salvari (2013), dimensi dasar strktur keluarga sebagai berikut:

- a. Pola dan proses komunikasi : 1).Bersifat terbuka dan jujur. 2).Selalu menyelesaikan konflik keluarga. 3).Berfiikir positif. 4).Tidak mengulang-mengulang issu dan pendapat sendiri
- b. Sruktur peran ; Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan sosialisasi yang di berikan dapat bersifat format dan informat. Peranan dalam keluarga terdiri dari ayah, ibu dan anak.
- c. Struktur kekuatan ; Kekuatan merupakan kemampuan diri individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi unutk mengubah perilaku orang lain kearah positif.
Tipe sruktur kekuatan : 1).Legitimate power (hak). 2).Referent power (ditiru). 3).Expert power (keahlian).4). Reward power (hadiah).. 5).Coetcive power (paksa). 6) Affective power.
- d. Nilai-nilai keluarga

- 1) Nilai merupakan satu system, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan.
- 2) Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan system nilai dalam keluarga.
- 3) Budaya adalah kumpulan dari perilaku yang dapat di pelajari, dibagi dan di tularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematik untuk bekerjasama dengan keluarga dari individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi:

Pengkajian keluarga merupakan bagian inti dari kesehatan masyarakat, komunitas masyarakat dan praktik keperawatan kesehatan komunitas. Alat bantu ini berguna sebagai petunjuk yang membantu perawat dalam melakukan observasi ini tentang cara keluarga hidup, bekerja dan bermain bersama. (Stanhope, Knollmuller 2010, dalam, & hesty, 2019)

Pada kegiatan pengkajian ada beberapa tahap yang perlu dilakukan, yaitu:

a. Membina hubungan baik

Beberapa hal yang perlu dilakukan :

- 1) Diawali dengan perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah.
- 2) Menjelaskan tentang kunjungan.

- 3) Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah
 - 4) Menjelaskan luas kesanggupan bantuan perawat dapat dilakukan.
 - 5) Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang jadi jaringan perawat.
- b. Pengkajian awal. Pengkajian ini berfokus sesuai data yang diperoleh dari unit pelayanan kesehatan.
- c. Pengkajian lanjutan (tahap kedua). ; Pengkajian lanjutan adalah tahap pengkajian untuk memperoleh data yang lebih lengkap sesuai masalah kesehatan keluarga yang berorientasi pada pengkajian awal. Disini perawat perlu mengungkapkan keadaan keluarga hingga penyebab dari masalah kesehatan paling mendasar.

Pengumpulan data (informasi) dari keluarga dapat menggunakan metode wawancara, observasi fasilitas dalam rumah, pemeriksaan fisik pada anggota keluarga, dengan menggunakan data sekunder (contoh, hasil laboratorium, hasil foto ronsgen, rekam kesehatan, catatan lain yang dapat dipercaya keakuratannya dan sebagainya).

Dalam pengumpulan data yang perlu dikaji adalah:

- d. Data umum ; Data ini mencakup kepala keluarga (KK), alamat dan telepon, pekerjaan KK, pendidikan KK dan komposisi keluarga dibuat genogramnya. ; 1).Tipe keluarga 2).Suku bangsa. 3).Agama. 4).Status sosial dan ekonomi. 5).Aktivitas rekreasi keluarga

- e. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga ; 1).Tahap perkembangan keluarga saat ini. 2).Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi. 3). Riwayat kesehatan keluarga saat ini. 4).Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya (generasi di atasnya)
- f. Data lingkungan ; 1).Karakteristik rumah. 2). Karakteristik tetangga dan komunikasinya. 3).Mobilitas geografis keluarga. 4). Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.5). System pendukung keluarga
- g. Struktur keluarga : 1).Struktur peran. 2). Nilai atau norma keluarga. 3).Pola komunikasi keluarga.4).Struktur kekuatan keluarga
- h. Fungsi keluarga ; 1).Fungsi ekonomi. 2). Fungsi mendapatkan status sosial 3). Fungsi Pendidikan : Fungsi pemenuhan (perawatan / pemeliharaan) ;a).Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenai masalah Kesehatan. b).Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat.c).Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.d).Untuk mengetahui kemampuan memelihara/modifikasi lingkungan rumah yang sehat.e).Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat. 1).Fungsi religious. 2).Fungsi rekreasi . 3).Fungsi reproduksi. 4).Fungsi afeksi
- i. coping keluarga
apabila terdapat stressor yang muncul dalam anggota keluarga, sedangkan coping keluarga tidak efektif, maka ini akan menjadi stress pada anggota

keluarga yang menderita stroke.karena salah satu cara mengatasi kekambuhan yaitu dengan menjaga diet yang teratur dan mengurangi stress

B. Klasifikasi data

Klasifikasi data merupakan proses berpikir yang meliputi kegiatan mengelompokkan data subjektif dan objektif sehingga dapat dibuat analisa data sesuai dengan sumber masalah

C. Analisa data

Didalam analisa data, ada tiga norma yang perlu di perhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan, yaitu: 1.Keadaan kesehatan yang normal dari setiap anggota keluarga. 2.Keadaan rumah dan sanitasi lingkungan. 3.Karakteristik keluarga

E. Diagnosa keluarga

Diagnosa adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia atas perubahan pola interaksi potensial atau aktual individu. Perawat secara legal dapat mengidentifikasi dan menyusun intervensi masalah keperawatan. Kolaborasi dan koordinasi dengan anggota tim lain merupakan keharusan untuk menghindari kebingungan anggota akan kurangnya pelayanan kesehatan. (APD salvari, 2013:Hesty 2019)

1. Perumusan diagnosis keperawatan ; Perumusan diagnosis keperawatan dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi),

atau tanda (sign). Perumusan diagnosa keperawatan keluarga menggunakan aturan yang telah disepakati, terdiri dari.

- a. Masalah (problem, P) adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang di alami oleh keluarga atau anggota (individu) keluarga.
 - b. Penyebab (etiologi, E) adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dalam mengacu kepada lima tugas keluarga ;
 - a).Mengetahui masalah kesehatan keluarga.b). Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.c).Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.d).Memperhatikan suasana rumah yang sehat.e).Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat.
 - c. Tanda (sign, S) adalah kumpulan data subjektif dan objektif.
2. Tipologi diagnosis keperawatan keluarga di bedakan menjadi 3 :a. Diagnosis aktual adalah masalah keperawatan yang di alami oleh keluarga dan memerlukan bantuan perawat dengan cepat. b.Diagnosis risiko adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual dapat terjadi dengan cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat. c.Diagnosis potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan.

3. Prioritas diagnosa keperawatan ; Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosa keperawatan lebih dari satu. Proses skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon.

Tabel 2.2Skoring Masalah Keperawatan

No	Kriteria	Skor	Skor
1	a. Sifat masalah		
	b. Tidak/kurang sehat	3	1
	c. Ancaman kesehatan	2	
	d. Krisis atau kesehatan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dirubah		
	a. Dengan mudah	2	2
	b. Hanya sebagian	1	
3	Potensial masalah dicegah		
	a. Tinggi	3	1
	b. Cukup	2	
4	Menonjolnya masalah		
	a. Masalah berat harus segera ditangani	2	1
	b. Ada masalah, tetapi tidak perlu harus ditangani	1	
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

Proses scoring dilakukan untuk setiap diagnosa keperawatan:

- Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat perawat.
- Selanjutnya dibagi dengan angka yang tertinggi dan dilakukan dengan bobot.

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- Jumlah skor untuk semua kriteria (skor tertinggi sama dengan jumlah bobot, yaitu 5).

F. Intervensi keluarga

Intervensi keperawatan keluarga atau perencanaan adalah proses menetapkan tujuan, mengidentifikasi sumber-sumber dalam keluarga untuk tindakan keperawatan, membuar alternatif-alternatif pendekatan keluarga, merancang intervensi dan penetapan prioritas terapi keperawatan. (sudiharto; 2007 : Hesty 2019).

Menurut(APD Salvari 2013:Hesty 2019)Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul. Perencanaan tindakan keperawatan mencakup tujuan umum dan khusus yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab. Selanjutnya merumuskan tindakan keperawatan yang berorientasi pada kriteria dan standar.

Rencana tindakan keperawatan terhadap keluarga, meliputi kegiatan yang bertujuan:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara ; 1).Memberikan informasi yang tepat. 2).Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang Kesehatan. 3).Mendorong sikap emosi yang mendukung upaya kesehatan.
- b. Memberikan kepercayaan diri selama merawat anggota keluarga yang sakit hati, dengan cara: 1).Mendemostrasikan cara perawatan

2).Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah. 3).Mengawasi keluarga melakukan perawatan

c. Membantu keluarga untuk memelihara (memodifikasi) ;

1).Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan 2).Melakukan perubahan lingkungan bersama keluarga mengenai mungkin

d. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya, dengan cara : 1).Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada disekitar lingkungan keluarga.2).Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

e. Stndart mengacu kepada ilmu tugas keluarga sedangkan kriteria mengacu kepada 3 hal, yaitu:

1) Pengetahuan (kognitif) ;Intervensi ini ditujukan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga.

2) Sikap (Afektif) ; Intervensi ini ditujukan untuk membantu keluarga dalam bersepon emosional, sehingga dalam keluarga terdapat sikap terhadap masalah yang dihadapi.

3) Tindakan (psikomotor) ; Intervensi ini ditujukan untuk membantu anggota keluarga dalam perubahan perilaku yang merugikan keperilaku yang menguntungkan.

Hal penting dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan adalah: a).Tujuan hendaknya logis, sesuai masalah dan mempunyai jangka waktu yang sesuai dengan kondisi klien.

b).Kriteria hasil hendaknya dapat diukur. c).Rencana tindakan disesuaikan dengan sumber daya dan dana yang dimiliki oleh keluarga dan mengarah kepada kemandirian klien sehingga tingkat ketergantungan dapat diminimalisasi.

G. Implementasi keluarga

Implementasi adalah suatu proses pelaksanaan terapi keperawatan keluarga yang terbentuk intervensi atau kolaborasi melalui pemanfaatan sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga. Implementasi diprioritaskan sesuai dengan kemampuan keluarga dan sumber yang dimiliki oleh keluarga. (Sudiharto,wahyu, widagdo,2007:37)

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi pada rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber didalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkan melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk:

Mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapinya, merawat dan membina anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto,2007:Hesty 2019).

Pada kegiatan implementasi, perawat perlu melakukan kontra sebelumnya (sesat mensosialisasi kn diagnosa keperawatan) pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan,

anggota keluarga yang perlu mendapat informasi (sasaran langsung implementasi) dan (mungkin peralatan yang perlu disiapkan keluarga). Kegiatan ini bertujuan agar keluarga dan perawat mempunyai kesiapan secara fisik dan psikis pada saat implementasi.

Media yang sesuai dengan kriteria pada rencana asuhan keperawatan keluarga, agar diperoleh efektivitas yang maksimal, yaitu : a.Brosur (leaflet) yang dibuat sendiri oleh perawat b.Buku tentang *Diabetes Melitus* c.Poster tentang *Diabetes Melitus*

- a. Rekaman audio (kaset) atau video tentang *Diabetes Melitus* : Dan sebagainya ; Hasil yang efektif dan efisien akan diperoleh secara maksimal jika perawat membuat suatu rencana kegiatan yang terstruktur.

Dalam tahap ini, perawat perlu merencanakan secara sistematis dan berurutan secara bertingkat berdasarkan rencana tindakan yang telah disusun.

Implementasi dapat dilakukan oleh klien sendiri (Anggota keluarga atau keluarga), perawat, anggota tim perawat (kesehatan), keluarga lain (Extended), dan orang lain yang masuk dalam jaringan kerja keperawatan keluarga. ((Suprajitno 2004 & hesty, 2019)).

H. Evaluasi keluarga

Evaluasi adalah suatu proses menilai diagnosa keperawatan keluarga yang teratasi, teratasi sebagian, atau timbul masalah baru. Melalui kegiatan evaluasi, kita dapat menilai pencapaian tujuan yang diharapkan dan tujuan

yang telah dicapai keluarga. Bila tercapai sebagian atau timbul masalah baru, kita perlu melakukan pengkajian lebih lanjut, memodifikasi rencana, atau mengganti dengan rencana yang lebih lanjut dengan kemampuan keluarga. (Sudiharto,et, all,2007:Hesty 2019).

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antar hasil, implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan bila hasil dan evaluasi tidak berhasil sebagian perlu disusun rencana keperawatan yang baru. Metode evaluasi keperawatan, yaitu:

1. Evaluasi formatif (proses) : Adalah evaluasi yang dilakukan selama proses ahuan keperawatan dan bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan, system penulisan evaluasi formatif ini biasanya ditulis dalam catatan kemajuan atau menggunakan system SOAP.
2. Evaluasi sumatif (hasil) : Adalah evaluasi akhir yang bertujuan untuk menilai secara keseluruhan, sistem penulisan evaluasi penulisan sumatif ini dalam bentuk catatan naratif atau lap

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

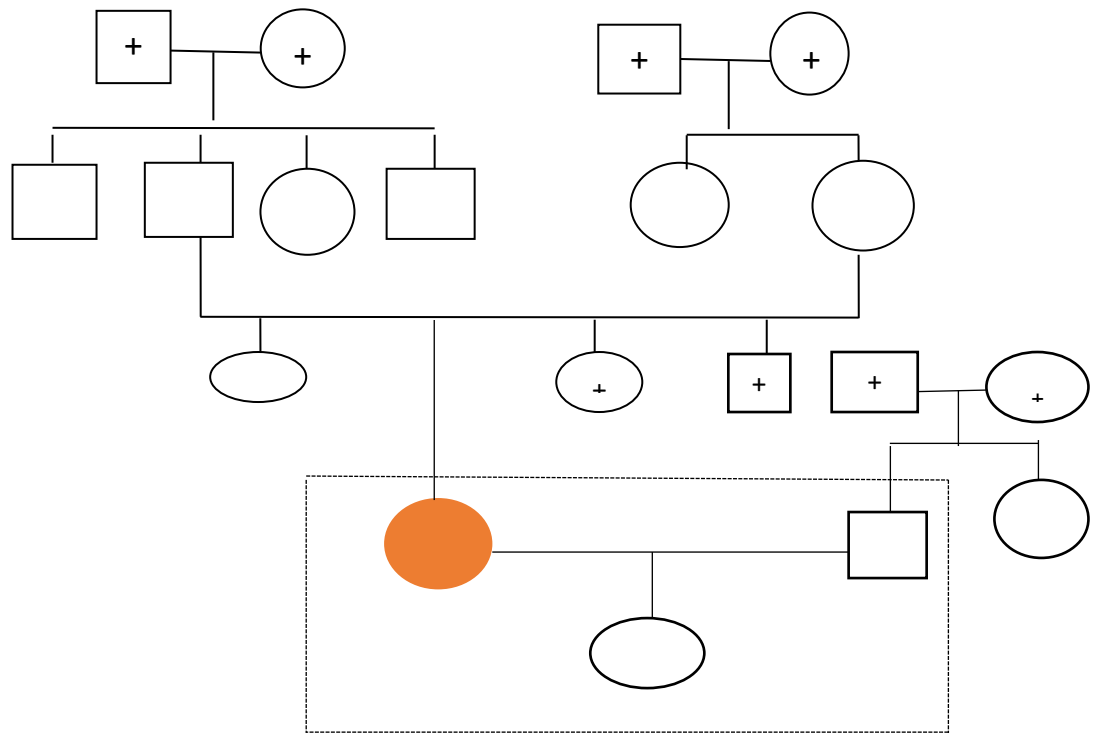
1. Data Umum

- a. Nama kepala keluarga : Tn. N
- b. Alamat Kepala keluarga : Jln Letda Dirwan, RT 22
- c. Komposisi keluarga :

Tabel 3.1 komposisi

No	Nama	JK	Umur	Hub	Pendidikan	Pekerjaan
1	Tn. N.M	L	58 thn	Suami	SD	Peternak
2	Ny. N.M	P	65 thn	Istri	SD	IRT
3	Nn. S.M	P	19 thn	Anak	SMA	Pelajar

d. Genogram



Genogram Pada Keluarga Tn.N.M

Keterangan :

-  Laki-laki
-  Perempuan
-  Tinggal serumah
-  Menikah
-  Klien

 Meninggal

e. Anggota keluarga

- 1) Tn. N.M Berumur 58 tahun, ia adalah seorang kepala rumah tangga sedang menderita asam urat
- 2) Ny. N.M Berumur 65 tahun, ia adalah seorang ibu rumah tangga, dengan menderita Stroke
- 3) Nn. S.M Berumur 19 tahun, ia adalah seorang mahasiswa, dan sekarang dalam keadaan sehat

f. Tipe keluarga ; Keluarga inti/nuclear family

g. Suku bangsa ; Merupakan suku seram (Maluku)

h. Agama ; Semua anggota keluarga beragama islam

i. Status sosial ekonomi ; 1).Pendapatan keluarga Rp.500.000,- setiap bulan. 2).Pengelolaan keuangan keluarga yaitu bapak (Tn.N)

j. Aktivitas rekreasi keluarga ; Keluarga jarang melakukan rekreasi. Biasanya waktu senggang digunakan untuk nonton tv di rumah.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

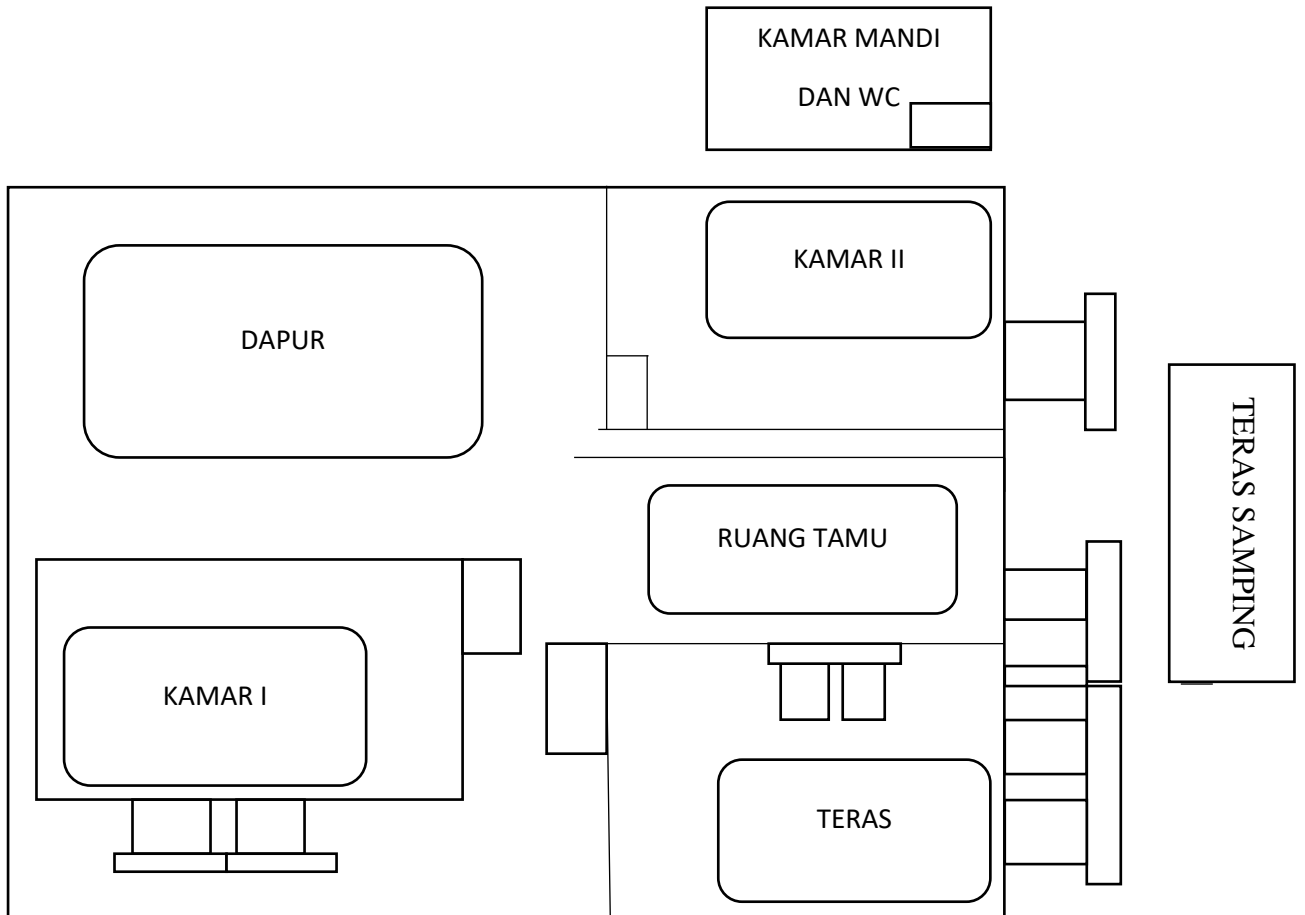
- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini ; Keluarga Tn.N.M mempunyai 1 orang anak bernama Nn.S.M berusia 19 tahun, yang tinggal bersamanya. Maka keluarga Tn.N,M berada dalam tahap perkembangan keluarga dengan usia dewasa
- b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
Tidak ada
- c. Riwayat keluarga besar ; Dalam keluarga Tn. N.M ditemukan penyakit keturunan yaitu hipertensi. Penyakit yang menyerang keluarga dalam satu tahun terakhir ini yaitu:
 - 1) Kepala keluarga ; Tn.N.M mengatakan sering merasa nyeri pada kedua kaki dan mempunyai riwayat penyakit hipertensi
 - 2) Istri ; Ny. N.M mengatakan tidak bisa berjalan serta merasa nyeri pada kedua kaki mempunyai riwayat penyakit keturunan hipertensi
 - 3) Nn. S.M (anak) ; Belum menderita penyakit berat dan belum pernah dirawat di rumah sakit, kecuali terserang batuk pilek, demam dan sembuh setelah berobat ke puskesmas.
- d. Riwayat keluarga sebelumnya
Tn. N.M mempunyai 1 orang anak dan masih tinggal bersamanya, Tn. N.M pernah mengalami penyakit hipertensi dan asam urat dari dulu sampai saat ini. Ny.N.M mengalami penyakit hipertensi dan stroke sejak 10 tahun yang lalu sampai saat ini. Nn.S.M pernah menderita penyakit Flu, Batuk Malaria, dan Sakit Kepala.

3. Pengkajian keluarga

- a. Karakteristik rumah ; Merupakan rumah pribadi dengan ukuran 11 X 12 m dengan tipe permanen, yang terdiri dari 1 ruang tamu, 2 kamar tidur dan dapur, lantai rumah semen (bertegel), berdinding tembok dan atap dari senk. Kebersihan dalam rumah maupun diluar rumah cukup bersih, terdapat tempat sampah dalam rumah ditampung di TPS kemudian diangkut dengan truk sampah adapun kalau sampah plastik yang biasa di bakar, jumlah jendela 10 buah dengan ukuran tertentu, sehingga matahari dapat menembus kedalam ruangan. Jumlah pintu 5 buah dimana salah satu pintunya yaitu pintu ruang tamu yang berhadapan langsung dengan jalan setapak. Keluarga beserta anggota keluarga tidur didalam kamar. Pada ruang tamu terdapat sepaang jendela,sofa,meja,keluarga mempunyai kamar mandi beserta WC beserta bak mandi kecil di dalamnya tapi tidak berada dalam satu ruangan dengan dapur dan tempat mencuci piring erada disamping rumah berdekatan dengan drum untuk air bersih, keluarga menggunakan air PDAM dan Air hujan. Sisa-sisa limbah dibuang disaluran yang berada disamping rumah.

DENAH RUMAH

Gambar 3.2 Denah Rumah



Keterangan :



: Jendela



: Pintu



: Ventilasi atau lubang angin

b. Karakteristik tetangga dan Komunitas RW

Letak rumah Tn.N.M disebalah kiri bawah dan pintu berhadapan dengan jalan setapak, sebelah kiri dan depan rumah terdapat rumah tetangga.

c. Mobilitas geografis keluarga

Rumah yang ditinggali sekarang merupakan rumah tetap, tidak pernah dipindahkan ke tempat lain.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Keluarga cukup aktif dalam kegiatan dimasyarakat dan dapat berinteraksi dengan baik

e. Sistem pendukung keluarga

Keluarga hidup dari hasil pekerjaan Tn.N.M hasil pendapatannya cukup untuk menghidupi keluarga.

4. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Komunikasi yang digunakan adalah bahasa seram dan bahasa Indonesia. Namum pada Ny. N.M, sendiri bisa berbicara tapi tidak jelas (Afasia)

b. Struktur kekuatan keluarga

Keputusan yang menyangkut kepentingan dalam keluarga biasanya ditentukan oleh Tn.N.M, dimana ia adalah kepala keluarga.

c. Struktur peran

a. Tn. N.M sebagai suami sekaligus kepala keluarga

- b. Ny.N.M sebagai istri sekaligus ibu rumah tangga
- c. Nn.S.M sebagai anak dari Tn.D.M dan Ny.N.M

5. Fungsi keluarga

- a. Fungsi afektif ; Keluarga memiliki perasaan kasih sayang, mempunyai kebutuhan sendiri dimana diusahakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut yang terdiri dari kebutuhan primer, sekunder, maupun tersier.
- b. Fungsi sosialisasi ; Hubungan keluarga dengan tetangga dan masyarakat baik dimana keluarga selalu aktif dalam kegiatan kemasyarakatan seperti kerja bakti, pengajian di kompleks tersebut.
- c. Fungsi perawatan keluarga ; Keluarga Tn.N.M tidak begitu mengenal penyakit yang diderita Ny.N.M, apa penyebabnya, bagaimana tanda dan gejala yang sebenarnya. Keluarga mengetahui tentang kelanjutan bahaya penyakit yang diderita oleh Ny.N.M apabila tidak dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Keluarga belum mengetahui tentang makanan yang harus dikonsumsi dan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita penyakit stroke. Ini semua disebabkan kurangnya pengetahuan keluarga mengenai masalah kesehatan yang dihadapi.

6. Stres dan coping keluarga

- a. Stressor jangka pendek dan jangka panjang ; 1).Stressor jangka pendek yaitu apabila ada anggota keluarga yang sakit. 2).Stressor jangka panjang yaitu masa depan anaknya yang masih belum menikah
- b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor ; Dalam menghadapi masalah ataupun kesulitan, keluarga berusaha untuk

menghadapinya sebisa mungkin dengan tetap sabar dan berusaha sesuai dengan kemampuannya yang ada.

- c. Strategi koping yang digunakan ;Strategi yang digunakan dalam menghadapi masalah kesehatan, Ny.N.M selalu berusaha bersabar dan berdoa ketika sedang mengerjakan sholat 5 waktu.

7. Pengkajian fisik

- a. Kepala keluarga: Tn.N.M

1) Keadaan umum ; K.U : Baik ; Kesadaran : composmentis ;
Ekspresi wajah : Nampak santai

2) Tanda-tanda Vital ; TD : 120/90 MmHg ; ND : 80 x/mnt ; RR : 22
x/mnt ; SB : 37,5 °C

- 3) Sistem pernafasan

a) Hidung ; Inspeksi :tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terdapat secret atau cairan.

b) Leher ; Inspeksi: tidak tampak adanya pembesaran pada kelenjar ataupun kelainan.

c) Dada ; **Inspeksi** : bentuk dada normal, kedua bidang dada simetris dan kanan, **Palpasi** : tidak ada nyeri tekan pada dada
Auskultasi: tida terdengar Wheezing/ronchi ataupun suara nafas tambahan.

- 4) Sistem cardiovascular ; a).Konjungtiva : tidak anemi. b).CRT : Baik, kembali <2 detik. c). Arteri carotis : tidak terlihat

- 5) Sistem pencernaan
- a) Sclera ; **Inspeksi:** tidak icterus
 - b) Mulut ; **Inspeksi :** tidak terdapat stomatitis, bentuk mulut simetris, kemampuan menelan baik, tidak ada luka disekitar mulut
 - c) Bibir ; **Inspeksi :** tampak lembab, simetris atas dan bawah.
 - d) Abdomen ; **Inspeksi:** tampak buncit ; **Palpasi:** tidak terdapat nyeri tekan
- 6) Sistem indera
- a) Mata ; **Inspeksi:** bentuk mata dan bola mata normal, reflex pupil baik, gerakan bola mata baik, tidak terdapat oedema.
Palpasi: tidak ada nyeri tekan
 - b) Hidung ; **Inspeksi:** simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan
Palpasi: tidak ada nyeri tekan
 - c) Telinga ; **Inspeksi:** simetris kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran cairan pada telinga (serum)
- 7) Sistem muskuloskeletal
- a) Kepala ; **Inspeksi:** bentuk kepala normal, tidak terdapat lesi,
Palpasi: tidak terdapat pembekakan
 - b) Bahu ; **Inspeksi:** diputar dan digerakan dengan baik
 - c) Tangan ; **Inspeksi:** dapat digerakan dan bergerak dengan baik, tidak terdapat lesi

- d) Kaki ; **Inspeksi:** Dapat digerakan, tidak terdapat lessi
 - e) Pelvis ; **Inspeksi:** klien dapat duduk dengan baik
 - f) Vertebra ; **Inspeksi:** klien dapat membungkuk, dapat digerakn saat miring kiri dan kanan atau diluruskan
- 8) Sistem integument
- a) Rambut ; **Inspeksi:** distribusi rambut merata, tidak terdapat kotoran, rambut putih kekuningan
Palpasi: tekstru rambut halus dan lurus
 - b) Kulit ; **Inspeksi:** warna kulit sawo matang **Palpasi:** akrakl hangat, turgor kulit kembali lambat karena proses penuaan.
 - c) Kuku ; **Inspeksi:** tampak pendek dan bersih
- b. Istri Ny. N.M
- 1) Keadaan umum ; K.U : lemah tenang ; Kesadaran : composmentis
Ekspresi wajah: Nampak menyeringai ditandai dengan skala nyeri 3 (ringan)
 - 2) Tanda-tanda vital ; TD : 110/90 MmHg ; ND : 85 x/mnt ; RR : 22 x/mnt
SB : 36,5 C°
 - 3) Sistem pernafasan
 - 1) Hidung ; **Inspeksi:** tidak ada pernafasan cuping hidung,tidak terdapat secret
 - 2) Leher ; **Inspeksi:** tidak tampak adanya embesaran kelenjar ataupun kelainan

- 3) Dada ; **Inspeksi:** bentuk dada normal, kedua bidang dada simetris kiri dan kanan. **Palpasi:** tidak ada nyeri tekan pada dada
- Auskultasi: tidak terdengar wheezing/ronchi ataupun suara nafas tambahan.
- 4) Sistem cardiovascular ; a).Conjungtiva: tidak anemi b).CRT: baik, kembali dalam <2 detik c).Arteri carotis: teraba jelas
- 5) Sistem pencernaan
- a) Sclera: tidak icterus
- b) Mulut ; **Inspeksi:** tidak terdapat stomatitis, bentuk mulut simetris,kemampuan menelan baik, tidak ada luka disekitar mulut
- c) Bibir ; **Insepski:** tampak lembab, simetris atas dan bawah
- d) Abdomen ; **Inspeski:** tampak datar, **Palpasi:** tidak terdapat nyeri tekan
- 6) Sistem indera
- a) Mata ; **Inspeksi:** bentuk mata dan bola mata normal,reflex pupil baik, gerakan bola mata baik. **Palpasi:** tidak terdapat oedema, tidak ada nyeri tekan
- b) Hidung ; **Inspeksi:** tidak ada trauma mimisan,penciuman baik
- Palpasi:** tidak ada nyeri tekan

c) Telinga ; **Inspeksi:** simersi kiri dan kanan,tidak ada pengeluaran cairan pada telinga (serum), **Palpasi:** tidak ada nyeri tekan

7) Sistem muskuluskeletal

a) Kepala ; **Inspeksi :** bentuk kepala normal, tidak terdpat lessi
Palpasi: tidak terdapat pembengkakan

b) Bahu ; **Inspeksi:** dapat diputar dan digerakan

c) Tangan ; **Inspeksi:** dapat digerakan dan bergerak bebas

d) Kaki ; **Inspeksi:** tampak berjalan harus dibantu keluarga

e) Pelvis ; **Inspeksi:** klien dapat duduk dengan baik

f) Vertebra ; **Inspeksi:** klien dapat membungkun, dapat digerakan saat miring kiri dan kanan.

8) Sistem integument

a) Rambut ; **Inspeksi:** tidak terdapat kotoran, rambut berwarna putih karena proses penuaan. **Palpasi:** tekstur rambut halus dan lurus

b) Kulit ; **Inspeksi:** warna kulit sawo matang, tidak terdapat lessi
Palpasi: akril teraba hangat, terjadi penurunan pada turgor kulit karena proses penuaan

c) Kuku ; **Inspeksi :**tampah pendek dan bersih

c. Anak Nn.S.M

- 1) Keadaan umum ; K.U : Baik ; Kesadaran : composmentis Ekspresi wajah : Nampak santai
- 2) Tanda –tanda vital ; TD : 90/80 MmHg ; ND : 80 x/mnt ; RR : 21 x/mnt ; SB : 37,5 C°
- 3) Sistem pernafasan
 - a) Hidung ; **Inspeksi** :tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terdapat secret atau cairan.
 - b) Leher ; **Inspeksi**: tidak tampak adanya pembesaran pada kelenjar ataupun kelainan.
 - c) Dada ; **Inspeksi** : bentuk dada normal, kedua bidang dada simetris dan kanan, **Palpasi** : tidak ada nyeri tekan pada dada. **Auskultasi**: tida terdengar Wheezing/ronchi ataupun suara nafas tambahan.
- 4) Sistem cardiovascular ; a). Konjungtiva : tidak anemi b).CRT : Baik, kembali <2 detik. c).Arteri carotis : tidak terlihat
- 5) Sistem pencernaan
 - a) Sclera ; **Inspeksi** :tidak icterus
 - b) Mulut ; **Inspeksi**: tidak terdapat stomatitis, bentuk mulut simetris, kemampuan menelan baik, tidak ada luka disekitar mulut
 - c) Bibir ; **Inspeksi** : tampak lembab, simetris atas dan bawah.
 - d) Abdomen ; **Inspeksi**: tampak rata. **Palpasi**: tidak terdapat nyeri tekan

6) Sistem indera

- a) Mata ; **Inspeksi:** bentuk mata dan bola mata normal, reflex pupil baik, gerakan bola mata baik,tidak terdapat oedema.
Palpasi: tida ada nyeri tekan
- b) Hidung ; **Inspeksi:** simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan **Palpasi:** tidak ada nyeri tekan
- c) Telinga ; **Inspeksi:** simetris kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran cairan pada telinga (serum)

7) Sistem muskulskeletal

- a) Kepala ; **Inspeksi:** bentuk kepala normal, tidak terdapat lesi,
Palpasi: tidak terdapat pembekakan
- b) Bahu ; **Inspeksi:** diputar dan digerakan dengan baik
- c) Tangan ; **Inspeksi:**dapat digerakan dan bergerak dengan baik,
tidak terdapat lesi
- d) Kaki ; **Inspeksi:** Dapat digerakan, tidak terdapat lesi
- e) Pelvis ; **Inspeksi:** klien dapat duduk dengan baik
- f) Vertebra ; **Inspeksi:** klien dapat membungkuk, dapat digerakan saat miring kiri dan kanan atau diluruskan

8) Sistem integument

- a) Rambut ; **Inspeksi:** distribusi rambut merata, tidak terdapat kotoran, rambut berwarna putih. **Palpasi:** tekstru rambut halus dan lurus

- b) Kulit ; **Inspeksi:** warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi
Palpasi: akral hangat
- c) Kuku ; **Inspeksi:** tampak pendek dan bersih

8. Harapan keluarga

Keluarga Tn.N.M mengharapkan agar petugas kesehatanyang ada lebih memperhatikan lansia dengan sering meberikan pelayana kesehatan kerumah secara rutin.

B. Diagnosa Keperawatan Keluarga

1. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguam mobilitas fisik berhubungan dengan Ketidakmapun keluarga dalam merawat keluarganya yang sakit
- b. Kurang pengetahuan atau ketidaktahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal arti, penyebab,tanda dan gejala,pencegahan penyakit stroke

2. Klasifikasi Data

Tabel .3.2 Klasifikasi Data

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
a. Ny.N.M mengatakan susah berjalan,serta merasa myeri pada kedua kakinya	a. KU,lemah tenang b. Ny.N.M tampak berjalan harus dibantu keluarga
b. Tn.N.M dan keluarga mengatakan tidak begitu mengenal tentang jenis penyakit yang dialami oleh istrinya	c. Ny.N.M tampak pada saat dilakukan latihan ROM sulit untuk mengikuti gerakannya d. Kekuatan otot 4/5 (mampu

- | | |
|--|--|
| c. Ny.N.M mengatakan sulit untuk beraktivitas karena kelemahan | menggerakan persendian dengan gaya gravitasi mampu melawan e. dengan tahanan sedang) |
|--|--|

3. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS:</p> <p>a. Ny.N.M mengatakan kaki kanan dan kiri berat dan susah digerakan</p> <p>DO:</p> <p>b. K.U lemah tenang</p> <p>c. Ny.N.M tampak berjalan harus dibantu keluarga</p> <p>d. Ny.N.M tampak saat diberikan latihan ROM susah mengikuti gerakanya</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Ketidakmapuan keluarga dalam merawat keluarganya yang sakit</p>
2	<p>DS:</p> <p>a. Tn. N.M dan keluarga mengatakan tidak mengerti tentang penyakit yang dialami Ny.N.M (Istri)</p> <p>b. DO:</p> <p>c. Keluarga klien tampak bertanya tentang stroke dan ROM</p>	<p>ketidamampuan keluarga mengenal masalah dan mencari informasi</p>	<p>Ketidakefektifan pengetahuan dalam pemeliharaan kesehatan</p>

Tabel. 3.3. Scoring gangguan mobilitas fisik

Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
1. Sifat masalah: Ancaman kesehatan	$2/3 \times 1$	$2/3$	Rumah tidak dimodifikasi sesuai dengan kondisi penyakit, sebab akan menimbulkan resiko jatuh
2. Kemungkinan masalah untuk diubah: Hanya sebagian	$2/2 \times 2$	2	Keluarga membantu dalam pemenuhuna kebutuhan keseharian atau memodifikasi lingkungan
3. Potensi pencegahan: Cukup	$2/3 \times 1$	$2/3$	Tergantung dari keluarga mau ikut anjuran atau tidak untuk memodifikasi lingkungan tempat tinggal
4. Penonjolan masalah: Tidak rasakan	$0/2 \times 1$	0	Keluarga tidak menyadari bahwa memodifikasi lingkungan rumah sangat penting bagi peindam penyakit stroke
Total skor		2 4/6	

Tabel. 3.4 Scoring kurang pengetahuan

Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
a. Sifat masalah: Ancaman kesehatan	$3/3 \times 1$	1	Sudah terjadi gangguan kesehatan namun belum berobat lebih lanjut ke rumah sakit
b. Kemungkinan masalah untuk diubah: Hanya sebagian	$1/2 \times 2$	1	Dengan mengkonsultasi kedokter dan mendapatkan obat penyakit stroke dapat diatasi
c. Potensi pencegahan: Cukup	$2/3 \times 1$	1	Tergantung keluarga mau menuruti anjuran atau tidak
d. Penonjolan masalah: Tidak rasakan	$2/2 \times 1$	1	Dapat menimbulkan komplikasi atau dampak lanjut dari penyakit tersebut bahkan ancaman kematian
Total skor		4	

**Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.N.M Pada Ny.N.M
Di Wilayah Kerja Puskesmas Sekban
Tabel. 3.6 NCP Keluaraga**

**Nama KK : Tn.N.M
Nama Klien : Ny.N.M**

**Nama Mahasiswa : Balda T Rumasukun
Nim : 81447219007**

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Rasional
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar		
I	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Ketidakmapun keluarga dalam merawat keluarganya yang sakit Ditandai dengan: DS: a. Ny.N.M mengatakan kaki kanan dan kiri berat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x45 menit diharapkan : a. Keluarga mampu mengenal a. Tujuan mobilitas fisik penyakit stroke	Kognitif	Tujuan mobilitas fisik Mempertahakan fungsi tubuh a. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka b. Membantu penapasan menjadi lebih baik c. Mempertahakan tonus otot	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang tujuan mobilitas fisik penyakit stroke 2. Jelaskan pada keluarga tentang tujuan pemberian mobilitas fisik penyakit stroke. Yaitu Mobilitas fisik dianjurkan	1. agar dapat mengetahui tingkat pengetahuan keluarga 2. agar keluarga dapat mengetahui tentang tujuan mobilitas fisik penyakit stroke.

dan susah
digerakan

DO:

a. K.U lemah
tenang

b. Ny.N.M
tampak
berjalan harus
dibantu
keluarga

c. Ny.N.M
tampak saat
diberikan
latihan ROM
susah
mengikuti
gerakannya

untuk penderita
stroke adalah:
ROM pasif dan
Aktif, serta
aktivitas ringan
seperti jalan
santai

b. Mobilitas Kog
fisik yang nitif
boleh dan
tidak boleh
dilakukan
pada
penyakit
stroke

Yang tidak boleh
dilakukan oleh klien
stroke

a. Makan tinggi gula
b. Makan t
Kegiatan yang sesuai
dengan penyakit
stroke

a. Melakukan
gerakan ROM

b. Mobilisasi tetapi
dibantu oleh
keluarga

c. Merubah posisi

1. Kaji
pengetahuan
keluarga
tentang
mobilitas fisik
yang boleh dan
tidak boleh
dilakukan pada
penyakit stroke

2. Beri penjelasan
pada keluarga
tentang
mobilitas fisik

1. agar dapat
mengetahui
tingkat
pengetahuan
keluarga

2. agar dapat
mengetahui
yang boleh
dialukan pada
pasien stroke
dan yang tidak
boleh dilakukan

yang dapat
dilakukan
adalah

- | | | | | |
|---|---------------|---|---|--|
| c. Keluarga dapat memutuskan untuk memberikan kegiatan yang sesuai dengan penyakit stroke | Psiko motorik | cara-cara merawat anggota keluarga yang berisiko terhadap penyakit stroke
a. Kurangi makanan asin dan garam
b. Berolahraga secara teratur
c. Tingkat konsumsi sayur dan buah | 1. Beri motivasi pada keluarga agar dapat mengambil keputusan yang tepat.
2. bimbing keluarga agar dapat mengambil keputusan yang tepat seperti jalan santai dipagi hari | 1. Agar keluarga dapat memutuskan atau mengambil keputusan yang tepat
2. Agar dapat mengambil keputusan |
|---|---------------|---|---|--|

d.	Keluarga dapat merawat anggota keluarga yang berisiko terhadap penyakit stroke	Kognitif	Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang memodifikasi lingkungan	1.	diskusikan dengan keluarga merawat anggota keluarga yang berisiko tinggi terhadap penyakit stroke yaitu dengan memperhatikan aktivitas yang berlebihan serta mengecek tekanan darah dan tidak terlalu stress	1.	Agar dapat memecahkan masalah
e.	Keluarga mampu memodifikasi	Kognitif	Keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada	1.	kaji ulang pengetahuan keluarga tentang memodifikasi	1.	Agar dapat mengetahui tingkat pengetahuan keluarga

kesehatan yang
ada

2. observasi obat tradiosional
2. Menunjukkan bahwa keluarga melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan
-

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Rasional
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar		
II	Kurang pengetahuan atau ketidaktahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan ketidamampuan mengenal arti, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan penyakit stroke DS: a. Tn. N.M dan keluarga mengatakan tidak mengerti tentang penyakit yang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan keluarga meningkat	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x45 menit di harapkan : 1. Keluarga mampu menyebutkan a. Pengertian stroke	Kognitif	pengertian penyakit stroke adalah terjadinya peyumbatan dan pecahnya pembuluh darah otak sehingga mengganggu atau mengurangi suplai darah ke otak secara tiab-tiba.	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang penderita penyakit stroke 2. Beri pengertian penyakit stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer et al, 2022)	1. Agar dapat mengetahui tingkat pengetahuan keluarga 2. Agar keluarga dapat mengetahui tentang tentang arti dari dari penyakit stroke

<p>dialami Ny.N.M (Istri) DO: a. Keluarga klien tampak bertanya tentang stroke dan ROM</p>	<p>b. Penyebab penyakit stroke</p>	<p>Kog nitif</p>	<p>penyebab penyakit stroke tekanan darah yang terlalu tinggi bisa menyebabkan pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak pecah atau tersumbat sehingga menyebabkan terjadinya stroke</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang penyebab penyakit stroke 2. Jelaskan pada keluarga tentang penyebab dari penyakit stroke adalah karena thrombosis cerebral</p>	<p>1. Agar dapat mengetahui tingkat pengetahuan keluarga 2. Agar keluarga dapat mengetahui tentang penyebab penyakit stroke</p>
	<p>c. Tanda dan gejala stroke</p>	<p>Kog nitif</p>	<p>tanda dan gejala penyakit stroke a. Tiba-tiba mati rasa b. Gangguan penglihatan c. Gangguan berbicara dan kesulitan</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala penyakit stroke 2. Jelaskan pada keluarga</p>	<p>1. Agar dapat mengetahui tingkat pengetahuan keluarga 2. Agar keluarga dapat mengetahui</p>

	memahami ucapan orang lain	tentang tanda dan gejala penyakit stroke	tentang tanda dan gejala dari penyakit stroke
d.	Sakit kepala	adalah	
e.	Kesulitan berjalan	kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) kesulitan memahami ucapan, menjaga gerakan dan teknik relaksasi	

d.	Cara pencegahan pada penyakit stroke	Kognitif	pencegahan stroke	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pencegahan penyakit stroke	1. Agar dapat mengetahui tingkat pengetahuan keluarga
			a. Hindari asap rokok	2. Jelaskan pada keluarga	2. Agar keluarga dapat mengetahui
			b. Kurangi makanan asin dan garam		
			c. Berolahraga secara teratur		
			d. Tingkat konsumsi		

sayut dan buah

tentang
pencegahan
penyakit stroke

tentang
pencegahan
dari penyakit
stroke

**Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.N.M
Pada Ny.N.M Di Puskesmas Fakfak
Tabel : 3.7 Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga**

No	Diagnosa	Tanggal dan waktu	Implementasi	Evaluasi
I	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Ketidakmapuan keluarga dalam merawat keluarganya yang sakit	Selasa 14 juni 2022 Jam 09:00 wit	<p>TUPEN I</p> <p>1. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang tujuan mobilitas fisik penyakit stroke</p> <p>Respon Keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang mobilitas fisik penyakit stroke</p> <p>2. Menjelaskan pada keluarga tentang tujuan pemberian mobilitas fisik penyakit stroke. Yaitu Mobilitas fisik dianjurkan untuk penderita stroke adalah: ROM pasif dan Aktif, serta aktivitas ringan seperti jalan santai</p> <p>Respon Keluarga tampak mengerti tentang apa yang di jelaskan perawat</p>	<p>Rabu 15 juni 2022 Jam 14:00 wit</p> <p>S: Keluarga mengatakan telah memahami tentang pemberian mobilitas fisik penyakit stroke</p> <p>O: Keluarga dapat menjawab tentang tujuan pemberian mobilitas fisik yang boleh dan tidak boleh dilakukan.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjut ke TUPEN II</p>

3. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang mobilitas fisik yang boleh dan tidak boleh dilakukan pada penyakit stroke

Respon

Keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang mobilitas fisik yang boleh dan tidak boleh dilakukan pada penyakit stroke

4. Memberi penjelasan pada keluarga tentang mobilitas fisik yang dapat dilakukan adalah

Respon

Keluarga mengatakan sudah mengerti tentang apa yang dijelaskan perawat

TUPEN II

Rabu 15 juni 2022

Selasa
14 juni 2022
Jam 09:20
wit

1. Memberi motivasi pada keluarga agar dapat mengambil keputusan yang tepat.
Respon
Keluarga tampak sudah

Jam 14:10 wit

S:

Keluarga megatakan ingin melakukan kegiatan yang sesuai dengan penyakit stroke yaitu jalan santai

berkeinginan dipagi hari sambil
untuk mengambil ditemani
keputusan dalam
perawatan keluarga O:
yang lagi sakit Keluarga dapat
mengambil keputusan

2. Membimbing
keluarga agar dapat A:
mengambil Masalah teratasi
keputusan yang
tepat seperti jalan P:
santai dipagi hari Lanjut ke TUPEN III.
Respon
Keluarga kooperatif

TUPEN III

Selasa
14 juni 2022
Jam 09:30
wit

1. Mendiskusikan Rabu 15 juni 2022
dengan keluarga Jam 14:20 wit
cara merawata S:
anggota keluarga Keluarga mengatakan
yang berisiko tinggi telah memahami cara
terhadap penyakit merawat anggota
stroke yaitu dengan keluarga yang berisiko
memperhatikan terhadap penyakit
aktivitas yang stroke
berlebihan serta O:
mengecek tekanan Keluarga dapat
darah dan tidak menjawab tentang cara
terlalu stress merawata anggota
Respon keluarga yang berisiko
Keluarga tampak terhadap penyakit
antusias dalam stroke
berdiskusi

A:
Masalah teratasi

P:
Lanjut ke TUPEN IV

Selasa
14 juni 2022
Jam 09:40
wit

TUPEN IV

1. Mengkaji ulang pengetahuan keluarga tentang memodifikasi lingkungan yang sesuai dengan penyakit stroke

Respon

Keluarga mengatakan tidak mengetahui tentang modifikasi lingkungan yang sesuai dengan penyakit stroke

2. Mendiskusikan dengan keluarga tentang membuat tingkat untuk penderita stroke agar bisa berjalan dengan baik

Respon

Keluarga tampak antusias dalam berdiskusi

Rabu 15 juni 2022
Jam 14:30 wit

S:

– Keluarga mengatakan telah memahami tentang modifikasi lingkungan.

– Keluarga

mengatakan akan memodifikasi lingkungan yang aman

O:

Keluarga berkeinginan untuk memodifikasi lingkungan yang aman buat penderita stroke

A:

Masalah belum teratasi

P:

Follow Up pada kunjungan

Berikutnya, lanjut ke TUPEN V.

Selasa
14 juni 2022
Jam 09:55
wit

TUPEN V

3. Memberi motivasi pada keluarga untuk memeriksa kesehatannya ke fasilitas kesehatan yang ada

Respon

Keluarga

Rabu 15 juni 2022
Jam 14:35 wit

S:

Keluarga mengatakan telah memahami tentang manfaat pelayanan kesehatan

			<p>mengatakan akan berobat apabila ada anggota keluarga yang sakit</p> <p>4. Mengobservasi obat tradiosional</p> <p>Respon Masing-masing keluarga mempunyai kartu berobat</p>	<p>O: – Keluarga dapat menjawab pertanyaan tentang pelayanan kesehatan</p> <p>– Keluarga menunjukan kartu berobat</p> <p>A: Masalah Teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
II	<p>Kurang pengetahuan atau ketidaktahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan ketidamampuan mengenal arti, penyebab,tanda dan gejala,pencegahan penyakit stroke</p>	<p>Selasa 14 juni 2022 Jam 10:00 wit</p>	<p>TUPEN I</p> <p>1. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang penderita penyakit stroke</p> <p>Respon Keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang arti penyakit stroke</p> <p>2. Memberi pengertian penyakit stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer et al, 2022)</p> <p>Respon Keluarga tampak mengerti tentang</p>	<p>Rabu 14 juni 2022 Jam 15:00 wit</p> <p>S: Keluarga mengatakan telah mengerti tentang pengertian, penyebab, dan gejala serta pencegahan penyakit stroke</p> <p>O: Keluarga mampu menjawab petanyaan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta pencegahan pada penyakit stroke.</p> <p>A: Masalah teratasi</p>

apa yang dijelaskan
oleh perawat

P:
Intervensi dihentikan

3. Mengkaji
pengetahuan
keluarga tentang
penyebab penyakit
stroke

Respon

Keluarga
mengatakan sudah
mengetahui tentang
penyebab penyakit
stroke

4. Menjelaskan pada
keluarga tentang
penyebab dari
penyakit stroke
adalah karena
thrombosis cerebral

Respon

Keluarga
mengatakan
mengerti dan
paham yang
dijelaskan oleh
perawat

5. Mengkaji
pengetahuan
keluarga tentang
tanda dan gejala
penyakit stroke

Respon

Mengatakan sudah
mengetahui tentang
tanda dan gejala
penyakit stroke

6. Menjelaskan pada keluarga tentang tanda dan gejala penyakit stroke adalah kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) kesulitan memahami ucapan, menjaga gerakan dan teknik relaksasi

Respon
Keluarga tampak mengerti dan mengetahui penjelasan dari perawat

3. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang pencegahan penyakit stroke

Jelaskan pada keluarga tentang pencegahan penyakit stroke

Respon
Keluarga mengatakan sudah mengerti tentang pencegahan penyakit stroke.

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan yang sudah dilakukan pada Ny.N.M selama 2 hari perawatan dari tanggal 14 s/d 15 juni 2022 maka pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap klien kepada klien Ny.N.M penulis merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai empat tahap yaitu : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian pada keluarga Tn.N.M. terhadap Ny.N.M dengan kasus stroke non hemoragik dilakukan dari tanggal 14 s/d 15 juni 2022 berjalan sesuai yang direncanakan, tanpa ada hambatan yang ditemui, dimana sebelum penyusunan sudah saling membina saling percaya dengan klien dan keluarganya. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.N.M diwilayah kerja Puskesmas Sekban diperoleh dari data-data dan keluhan penderita stroke non hemoragik ditinjau secara umum, dari hasil pengkajian terdapat beberapa kesenjangan dengan teoritis.keluhan yang diderita penderita stroke non hemoragik pada teori yaitu

1. Pada kasus nyata terdapat tanda dan gejala yang penulis ditemukan yaitu klien beraktivitas dibantu oleh keluarga, kedua kaki kanan dan kiri sulit untuk digerakan, nyeri pada kedua kaki, kekuatan otot 4/5 (mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi mampu melawan dengan tahanan sedang)

2. Sedang pada teori tidak berbeda jauh dengan kasus nyata yaitu:
Didapatkan kelemahan otot gerak, bicara pelo dan tidak dapat berkomunikasi,nyeri kepala,mual,muntah,kelumpuhan

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan masalah kesehatan baik itu aktual maupun resiko tujuannya adalah mengidentifikasi adanya masalah aktual berdasarkan respon klien terhadap masalah atau penyakit penyebab, kemampuan mencegah atau mengatasinya.

Pada tinjauan kasus teori yang tertera terdapat 3 Diagnosa Keperawatan, yaitu :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot
- b. Ketidakefektifan pengetahuan dalam pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan mencari informasi
- c. Risiko gangguan nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan

Pada konsep kasus nyata penulis menemukan 2 (dua) diagnosa keperawatan yang sama meliputi :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Ketidakmapuan keluarga dalam merawat keluarganya yang sakit
- b. Kurang pengetahuan dalam pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan mencari informasi

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus teori tidak semua terdapat pada kasus nyata.

C. Intervensi Implementasi dan Evaluasi

Adapun uraian setiap perencanaan pelaksanaan dan evaluasi sebagai berikut:

1. Diagnose keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Ketidakmapuan keluarga dalam merawat keluarganya yang sakit

Intervensi : : intervensi yang terdapat pada tinjauan kasus terdapat 10 (Sepuluh) intervensi yang terdiri atas 4 (Empat) intervensi yang diaplikasikan dari konsep teori dan 6 (Enam) intervensi yang ditambahkan oleh penulis yaitu : Kaji pengetahuan keluarga dalam melakukan ROM, Kaji keluarga dalam melakukan pemenuhan ADLS pada pasien ,Anjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas, Identifikasi imobilisasi yang klien lakukan kaji pengetahuan keluarga tentang melakukan ROM, Beri penjelasan kepada keluarga tentang cara melakukan ROM, Kaji kemampuan klien dalam melakukan imobilisasi ,Beri penjelasan kepada keluarga tentang cara melakukan ROM, Berikan penguatan positif selama beraktivitas

Implementasi : 10 (sepuluh) intervensi yang direncanakan dalam masalah ini, semuanya dapat dilaksanakan dengan baik karena klien dan keluarga selalu kooperatif.

Evaluasi : gangguan mobilitas fisik pada diagnosa ini tidak dapat teratasi selama di lakukan kunjungan rumah 2 hari.

2. Kurang pengetahuan dalam pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan mencari informasi

Pada diagnosa ini terdapat 12 (Tiga belas) intervensi keperawatan 3 (tiga) intervensi yang aplikasikan dari teori dan 9 (Sembilan) ditambahkan oleh penulis yaitu : Berikan penjelasan pada keluarga tentang melakukan ROM pada klien,Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan ROM ,Anjurkan pada keluarga untuk memeriksa Ny.N.M di puskesmas terdekat,Beri kesempatan kepada pd keluarga untuk mengemukakan keputusan,beri sanjungan tau pujian atas jawaban yang di berikan kaji pengetahuan keluarga tentang cara perawatan pada penyakit stroke Beri pemahaman keluarga tentang bagaimana melakukan ROM kepada klien Anjurkan keluarga untuk sering melakukan ROM pada klien,Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga,Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat,Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat

Implementasi : 12 (dua belas) intervensi keperawatan yang direncanakan semua dapat terimplementasikan dengan baik atas kerjasama antara penulis dan klien dan keluarga klien.

Evaluasi : masalah dapat teratasi selama di lakukan kunjungan rumah 2 hari.

BAB V

PENUTUPAN

A. Simpulan

1. Dari hasil pengkajian di dapatkan Ny.N.M mengatakan susah berjalan,serta merasa nyeri pada kedua kakinya,dan tampak berjalan harus dibantu keluarga tampak pada saat dilakukan latihan ROM sulit untuk mengikuti
2. Dari data-data dan hasil pengkajian baik berupa subjektif maupun objektif yang sudah terkumpul maka dapat ditetapkan dua diagnosa yang terdapat pada klien yaitu: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Ketidakmapuan keluarga dalam merawat keluarganya yang sakitKurang pengetahuan atau ketidaktahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal arti, penyebab,tanda dan gejala,pencegahan penyakit stroke
3. Perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis meliputi tindakan.
kaji pengetahun keluarga tentang tujuan mobilitas fisik penyakit stroke, beri penjelasan pada keluarga tentang mobilitas fisik yang dapat dilakukan adalah, kaji ulang pengetahuan keluarga tentang memodifikasi lingkungan yang sesuai dengan penyakit stroke, kaji pengetahuan keluarga tentang penderita penyakit stroke,jelaskan pada keluarga tentang penyebab dari penyakit stroke adalah karena thrombosis cerebral, kaji pengetahuan keluarga tentang pencegahan penyakit stroke

4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dan penulis dapat melakukan rencana tindakan tersebut dikarenakan kooperatifnya klien, data yang menunjang, sarana-prasarana yang mendukung dan kerjasama yang baik.
5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan dari hasil pelaksanaannya itu tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai karena atas kerjasama yang baik antar keluarga dan perawat

B. Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan diatas maka beberapa saran yang dibuat Penulis adalah sebagai berikut :

1. Diharapkan kepada Klien dan Keluarga dapat mengetahui dan mengenal penyakit stroke meliputi: pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, pengobatan, dan perawatan penyakit Stroke.
2. Perlu dilakukan sosialisasi serta penyuluhan yang lebih terintegrasi untuk menambah pengetahuan masyarakat tentang penyakit Stroke.
3. Kepada petugas kesehatan untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya yang mempunyai masalah kesehatan.
4. Kepada institusi Akademik agar lebih memperbanyak buku-buku atau literatur-literatur tahun terbaru khususnya yang berhubungan dengan Asuhan Keperawatan Keluarga sebagai bahan bacaan untuk peningkatan pengetahuan dan wawasan bagi mahasiswa/mahasiswi keperawatan.
5. Untuk rekan-rekan perawat, dalam pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga seorang perawat harus dapat menguasai dan mengenal penyakit

yang sedang dihadapi dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan dapat memperluas wawasan dan pengetahuan tentang cara menghadapi dan memberi perawatan terhadap penyakit Stroke

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, (2019). asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi.
- al, Diyan.Hisni. (2021). latar belakang yang berhubungan dengan stroke iskemik. *Stroke Iskemik*, 1.
- APD Salvari, 2013, dalam, & hesty. (2019). asuhan keperawatan pada pasien hipertensi .
- APD Salvira , dalam , & sarifat. (2019). asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis.
- Dharma, (2018). Pemberdayaan keluarga untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien paskah Stroke .
- Ditte , A. S., Nelli , R., & Aprilia, R. (2021). Hubungan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Pada Lansia Di. jurnal inovasi penelitian.
- Fadli R, (2019). *halodoc*. Retrieved from stroke: <https://www.halodoc.com>
- FAUZAN, R. A. (2021). *umpo*. Retrieved from Studi Literatur Asuhan Keperawatan Pada Pasien stroke: <http://eprints.umpo.ac.id>.
- Frediman 1998, dalam, & hestry. (2019). asuhan keperawatan pada pasien dengan hioertensi .
- Fridman 2010 , dalam, & Achjar. (2018). pendahuluan definisi tentang keluarga . Kesehatan, Dinas kesehatan. (2021). Data Pendirta Stroke .
- Nadirawati.(2018).*umpo*.Retrievedfrom.Tinjauan Pustaka:<http://eprints.umpo.ac.id>
- Ngebung, Juan (2019). *poltekeskupang*. Retrieved from Asuhan Keperawatan pada Ny.P.S Dengan Stroke Non Hemoragik <https://repost poltekes.ac.id>
- Ningrum, N. D. (2020). *stikesicme*. Retrieved from Asuhan Keperawatan Pada Klien stroke non hemoragik: <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id>
- nur'aeni. (2017). *stikesperintis*. Retrieved from Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.“D”Dengan: <http://repo.stikesperintis.ac.id>
- Permatasari, N. (2022). Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada.

- PPNI. (2019). *Diagnosa Keperawatan*.
- Risaumau, R. (2019). .papua baratprov. Retrieved from pemerintah provinsi papua barat dinas kesehatan : <https://dinkes.papuabaratprov.go.id>
- riskesdas. (2018). *riskesdas*. Retrieved from Hasil Riskesdas 2018, Penyakit Tidak Menular Semakin Meningkat: <https://www.suara.com>
- sarani. (2021). Patofisiologi Stroke Non-Hemoragik Akibat Trombus. Ilmu Penyakit Saraf Fakultas Kedokteran universitas Udayana.
- Sarifat, (2018). asuhan keperawatan pada pasien gastritis.
- Sekban, P. (2021). Jumlah Penderita Penyakit Stroke .
- Setyopranoto, dalam, & Suliswati. (2020). poltekke. Retrieved from Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id>
- Smeltzer , Bare, dalam, & ngebung. (2019). .poltekes kupang. Retrieved from Asuhan Keperawatan Pada Ny P.S Dengan Stroke Non Hemoragik: <http://repository.poltekeskupang.ac.id>
- Stanhope, Knollmuller, hesty. (2019). konsep asuhan keperawatan keluarga .
- Suprajitno ,hesty. (2019). implementasi pada keluarga.
- Zakaria. (2017). Definisi+keluarga+Zakaria. Retrieved from definisi keluarga : <https://www.google.com>

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan	: Stroke Non Hemorgik
Sub pokok ahasan	: Perawatan dan pengobatan stroke
Sasaran	: Keluarga Tn.N.M Khususnya Pada Ny.N.M
Hari /Tanggal	: Selasa / 14-06-2022 Waktu : 09:00.
Tempat	: Rumah Tn.N.M. Jl.Letda Dirwan/ RT 22

A. Tujuan Instruksional

Umum Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 30 menit rumah Tn.N.M dan Keluarga diharapkan mampu melakukan tindakan perawatan dan pengobatan stroke .

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan tentang Stroke di Keluarga Tn.N.M diharapkan pasien dan keluarga mampu

1. Menyebutkan pengertian Stroke
2. Menyebutkan tanda dan gejala stroke
3. Menyebutkan patofisiologi
4. Menyebutkan manifestasi klinis
5. Menyebutkan penatalaksanaan
6. Menyebutkan komplikasi

C. Materi (Urain terlampir)

1. Menyebutkan pengertian Stroke
2. Menyebutkan tanda dan gejala stroke
3. Menyebutkan patoisologi

4. Menyebutkan manifestasi klinis
5. Menyebutkan penatalaksanaan
6. Menyebutkan komplikasi

NO	Uraian Kegiatan	Metode	Media	Waktu
1	Pendahuluan a. Memberi salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan d. Kontrak waktu	Ceramah	Lisan	5 menit
2	Pelaksanaan a. Menjelaskan pengertian stroke b. Menjelaskan tanda dan gejala stroke c. Menjelaskan patofisiologi d. Menjelaskan manifestasi klinis e. Menjelaskan penatalaksanaan f. Menjelaskan komplikasi	a. Ceramah b. Diskusi c. Tanya jawab	leaflet	15 menit
3	Penutup a. Memberikan kesempatan pada lansia untuk bertanya b. Menyampaikan kesimpulan materi c. Memberi evaluasi secara lisan d. Memberi salam	Ceramah	Lisan	5 menit

A. Evaluasi

Mengevaluasi materi yang disampaikan dengan cara tanya jawab.

1. Apa pengertian stroke?
2. Apa saja tanda dan gejala pada penderita Hipertensi ?
3. Apa penyebab stroke?
4. Bagaimana cara pengobatan stroke?

MATERI PENYULUHAN
STROKE NON HEMORAGIK PADA KELUARGA Tn.N.M
KHUSUNYA PADA Ny.N.M

1. Definisi

Stroke merupakan gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak berupa tanda-tanda klinis baik lokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian yang disebabkan gangguan peredaran darah ke otak, antara lain peredaran darah sub arachnoid, peredaran intra serebral dan infrak serebral (Nur'aeni Y R,2017).

2. Etiologi

Penyebab stroke yaitu menurut (D R,2019)

e. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor utama penyebab terjadinya stroke. Tekanan darah yang melebihi batas normal dapat mempercepat pengerasan pembuluh darah arteri dan menyebabkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis.

f. Trombosit serebral Trombasit ditemukan pada 40% dari semua kasus yang telah dibuktikan oleh ahli patologi, biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis

g. Emboli serebi

Emboli serebi termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebi berasal dari suatu trombus dalam

jantung sehingga masalah yang dihadapisesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung

h. Hiperlipedemia

Hiperlipedemia merupakan suatu terjadi keadaan terjadinya peningkatan kolestrol dan trigliserida diatas batas normal. Peningkatan kolestrol serum yang terjadi, terutama mencermikan penungkatan kolestrol low density lipoprotein (LDL).LDL merupakan lipoprotein yang memiliki kandungan kolestrol tertinggi dibandingkan lipoprotein yang lain.kolestrol berlebihan dalam darah dapat membentuk plak pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan penyempitan lumen yang dinamakan aterosklerosis.

3. Patofisiologi

Infrak serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infrak bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherokslerotik sering/cenderung Sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari flak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, di aman aliran dapat lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh

pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infrak itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus yang menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau rupture. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh rupture arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebral menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial menyebabkan herniasi otak. Jika sirkulasi serebral terlambat, dapat berkembang anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka 4-6 menit. perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Sarani,2021)

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Smeltzer dan Bare, 2013 dalam Juan Nggebung 2019) stroke menyebabkan berbagai deficit neurologic, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejala tersebut antara lain: a.Umunya terjadi mendadak, ada nyeri kepala. b.Mulut tidak simetris, lidah mencong jika diluruskan. c.Kehilangan komunikasi. d.Gangguan persepsi.e.Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis f.Disfungsi kandung kemih

5. Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto,2016) penatalaksanaan pada pasien non hemoragik adalah sebagai berikut:

c. Penatalaksanaan umum

- 3) Pada fase akut ; a).Letakan kepala pasien pada posisi 30, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b).Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai dapat hasil gas analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c).Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh,dikongkang (sebaiknya dengan kateter intermiten). d).Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan

kesadaran atau mengalami disfagia.e).Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyakit reseptor alfabet, pnyekat ACE, atau antagonis kalsium.

- 4) Fase Rehabilitas ; a).Pertahankan nutrisi yang adekuat. b).Program manajemen *Bladder* dan *bowel*. c).Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM). d).Pertahankan integritas kulit. e).Pertahankan komunikasi yang efektif.f).Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

d. Penetalaksanaan medis

2) Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasidn stroke non hemarogik yaitu:

- d) Fibrinolitik/trombolitik ; Golongan obat ini diguanakn sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut.
- e) Antikoagulan ; Terapi ini digunakan untuk untuk mengurangi pembekuan darah dan mengurangi emboli.
- f) Antiplatelet ; Golongan obat digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.. Antihipertensi.

6. Komplikasi

Berikut ini beberapa dampak stroke (Dharma,2018)

- g. Kelumpuhan atau kelemahan ekstremitas (hemiplegia/hemiparese) ; Kelumpuhan terjadi pada bagian ekstremitas. Kelemahan sebagian ekstremitas terjadi karena kerusakan area motoric korteks serebral yang mempersarafi ekstremitas. Kerusakan pada otak kiri menyebabkan kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan.
- h. Kehilangan rasa separuh badan ; Serangan stroke dapat menyebabkan kehilangan rasa pada sebagian anggota badan.
- i. Gangguan penglihatan ; Stroke dapat menyebabkan gangguan penglihatan seperti gangguan penglihatan pandang, dimana pasien tidak dapat melihat separuh dari pandangnya. Jika pasien mengalami kelemahan ekstremitas sebelah kiri, biasanya juga mengalami penuruana lapang pandang sebelah kiri.
- j. Aphasia dan disatria ; Serangan stroke menyebabkan pasien mengalami kesulitan berbicara cadel, tetapi masih bisa memahami apa yang dibicarakan orang lain. Namun ada juga pasien yang mengalami kesulitan berbicara sekaligus kesulitan memahami apa yang dibicarakan orang lain
- k. Kesulitan menelan (dysphagia) ; Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf yang mengendalikan gerakan otot menelan. Pasien dengan gangguan menelan dapat mengalami aspirasi akibat masuknya makanan atau minuman ke saluran pernafasan.

1. Berkurangnya kemampuan kognitif ;Serangan stroke dapat menyebabkan pasien untuk memfokuskan sesuatu. Terkadang pasien juga mengalami penurunan memori.


BERITA ACARA PERBAIKAN



KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Balda Turahmanidar Rumasukun

Nim : 81447219007

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn.N.M Khususnya
Ny.N.M Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja
Puskesmas Sekban Kabupaten Fakfak

No	Nama Penguji	Rekomendasi	Tanda tangan penguji
1.	Bachrudin Rohrohmana, S.Kep, M.Pd.Ked	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki cover dalam bentuk piramida terbalik2. Pada latar belakang diganti3. Tambahakan intervensi pada bab II4. Penulisan kata asing dimiringkan5. Lengkapi keterangan sesuai genogram6. Perhatikan penulisan7. Pada analisa data dalam kolom etiologi di ganti8. Hitung kembali skoring9. Pada intervensi bagian standar di ganti sesuai dengan tujuan khusus10. Pada intervensi di bagian kriteria yang non verbal di ganti11. Pada bagian pembahasan di buat sesuaikan dengan teori12. Tambahkan Daftar pustaka	

2.	Yehud Maryen, SKM,MPH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki cover dalam bentuk piramida terbalik 2. Ubah sistematika penulisan 3. Tambahkan daftar pustaka 	
3.	Yosina Atanai, S.Kep,Ns,MM,M.Tr. Kep	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan pemeriksaan fisik di bagian bab II 	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN SORONG

Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417

Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309

Laman <http://poltekkesorong.ac.id> Surat Elektronik poltekkes_sorong@yahoo.co.id



Nomor : KH.04.02/3.11/101/2022
Lampiran : 1 (Satu) Lembar
Perihal : Ijin/ Rekomendasi Pengambilan Data

Fakfak, 26 April 2022

Yang terhormat,

Kepala Kesbangpol Kabupaten Fakfak

Di-

Fakfak

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan Penyelesaian tugas akhir Karya Tulis Ilmiah (KTI) Asuhan Keperawatan Klinik & Keperawatan Komunitas Mahasiswa/i Tingkat III Semester VI (Enam) Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong Tahun Akademik 2021/2022, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu kiranya dapat memberikan rekomendasi pengambilan data di Dinas Kesehatan Kabupaten Fakfak kepada Mahasiswa/i kami untuk maksud tersebut (Daftar Nama Terlampir).

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan ijinnya diucapkan terima kasih.

Mengetahui
Ketua
Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015



Nomor : KH.04.02/3.11/101/2022
 Lampiran : 1

Daftar nama Mahasiswa/I
Prodi D III Keperawatan Fakfak
TA. 2021/2022

No	Nama Mahasiswa	
1	Alda R A Fidmatan	81447219001
2	Boki S Rumasukun	81447219008
3	Julia Ubra	81447219016
4	Melanie Y Kokorule	81447219023
5	Natasya Rustam	81447219026
6	Risma Karim	81447219030
7	Lenora Krispul	81447219017
8	Salma Boinauw	81447219033
9	Yani Rumaday	81447219038
10	Lidia Wiratraur	81447219019
11	Yuliance J Kutanggas	81447219040
12	Soteria Y Engkesa	81447219036
13	Sukria Fatmah Rumuar	81447219037
14	Asya Parera	81447219006
15	Saida Loklomin	81447219032
16	Mirna Siboto	81447219024
17	Imran Rahalus	81447219014
18	Runita D Heritrenggi	81447219031
19	Abdullah Kelilauw	8 1447218001
20	Balda T Rumasukun	81447219029
21	Endah H Rais	81447219010
22	Ermelda Moniz	81447219001
23	Gabriela Hindom	81447219013



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN SORONG

Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417

Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309

Laman <http://poltekkessorong.ac.id> Surat Elektronik poltekkes_sorong@yahoo.co.id



Nomor : KH.04.02/3.11/098/2022
Lampiran : 1 (Satu) Lembar
Perihal : Permohonan Pengambilan Kasus

Fakfak, 22 April 2022

Yang terhormat,

Kepala Puskesmas Sekban

Di-

F a k f a k

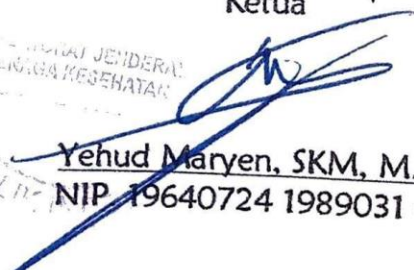
Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Karya Tulis ilmiah (KTI) mahasiswa semester VI Prodi D III Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu kiranya dapat mengizinkan mahasiswa kami untuk menggunakan Wilayah Kerja Puskesmas untuk pengambilan kasus KTI sesuai dengan Judul yang sudah ditetapkan. Pengambilan kasus KTI dilakukan mulai tanggal 25 April s/d 30 April 2022. (Nama mahasiswa terlampir)

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerja sama yang baik diucapkan banyak terimakasih.

Mengetahui
Ketua

DIREKTORAT JENDERAL
TENAGA KESEHATAN


Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417
Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309

Laman <http://poltekkessorong.ac.id> Surat Elektronik poltekkes_sorong@yahoo.co.id



Nomor : KH.04.02/3.11/098/2022
Lampiran : 1

Daftar nama Mahasiswa/I
Prodi D III Keperawatan Fakfak
TA. 2021/2022

PUSKESMAS SEKBAN		
1	Abdullah Kelilauw	8 1447218001
2	Balda T Rumasukun	81447219029
3	Endah H Rais	81447219010
4	Ermelda Moniz	81447219001
5	Gabriela Hindom	81447219013
6	Leonardo Y Meturan	81447219018
7	Lisa A Watmanlussy	81447219020
8	Lisawanrika Palete	81447219021
9	Martin V Ramos Dak	81447219022
10	Melanie G.A Tethool	8 1447218021
11	Nurmala Moka	81447219027
12	Rahma Sarita La Abu	81447219029

Mengetahui
Ketua

DIREKTORAT JENDERAL
TENAGA KESEHATAN

Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015